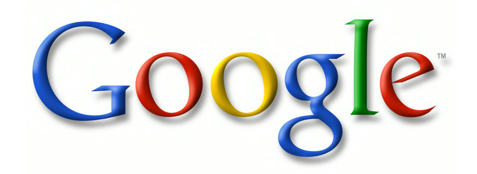
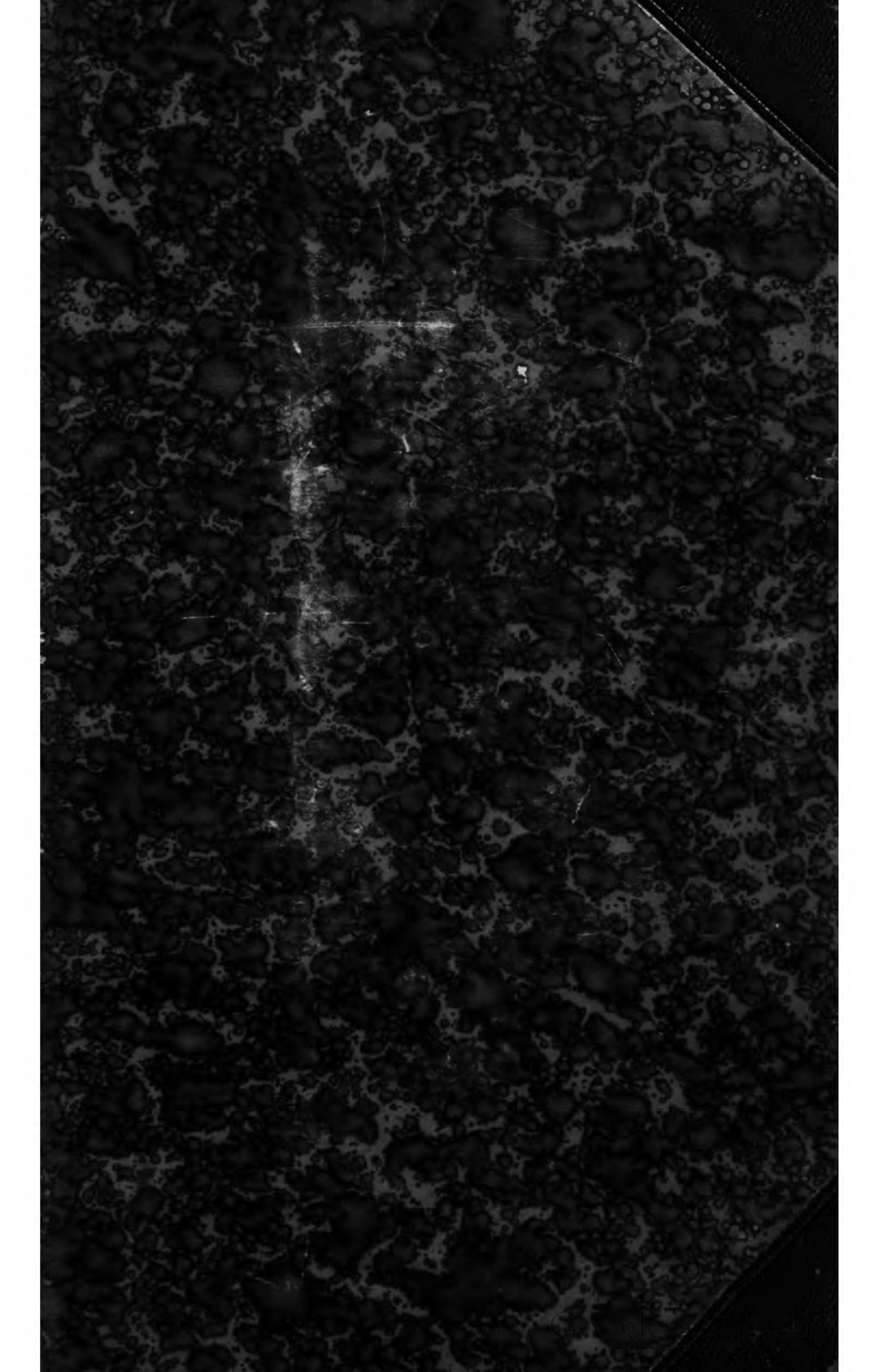
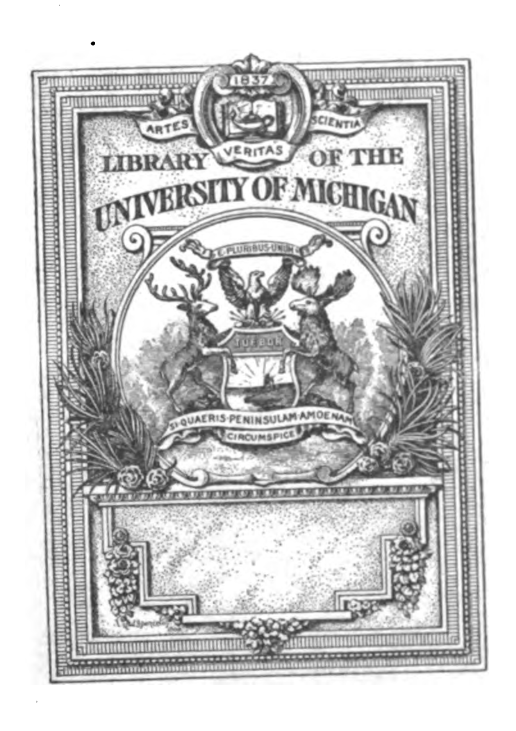





1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreißigster Jahrgang.

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.

1903.

Originalmitteilungen.

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 36, welche den Bericht über den XXXII. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)









Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu No. 36, welche den Bericht über den XXXII. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)








Digitized by Google

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 1. Sonnabend, den 3. Januar. **1903.**

I.

Harte und weiche Paraffinprothesen.

Von

R. Gersuny.

Die Erwartungen, welche ich in bezug auf die vielfache Verwendbarkeit der subkutanen Paraffinprothesen gehegt habe, erweisen sich mehr und mehr als begründet. Auch die Hoffnung, daß die Methode durch ihre einfache Technik allmählich Gemeingut der Ärzte werden würde, scheint in Erfüllung zu gehen; wenigstens ist die Zahl der Publikationen über einschlägige Beobachtungen schon eine recht große. Nur einer meiner Wünsche war bisher vergeblich,

nämlich der, recht viele Variationen meiner eigenen Versuche durch andere gemacht zu sehen, denn bisher wurde meines Wissens nur in einer Richtung von der ursprünglichen Methode abgewichen, nämlich durch Verwendung etwas schwerer schmelzbarer Paraffine mit Hilfe von eigens für den Zweck konstruierten Spritzen.

Der Schlußeffekt der Injektion scheint der gleiche zu sein, ob man Vaselin (Ung. Paraffini von einem Schmelzpunkt zwischen 35 und 40° C.) oder ein schwerer schmelzbares Paraffin angewandt hat: eine knorpelharte Geschwulst von der Form und Größe des bei der Injektion angelegten Depots.

Die Benutzung des Vaselins bietet einen nicht gering zu achtenden Vorteil: daß man es mit einer gewöhnlichen Pravaz'schen Spritze in nichtflüssigem Zustande einspritzen kann.

Der Vorteil, den schwerer schmelzbare Paraffine bieten und der manchen Ärzten wichtig zu sein scheint, besteht darin, daß die injizierte Masse sogleich erstarrt. Die mehrfachen Nachteile will ich hier nicht erörtern. Der gerühmte größere Schutz gegen das Entstehen von Embolien ist kaum vorhanden; das harte Paraffin muß ja in flüssigem Zustande aus der Injektionsnadel in die Körpergewebe gelangen.

Ich gebe zu — bisher ist es nicht erwiesen —, daß in gewissen Fällen das raschere Erhärten der Prothese von Nutzen sein könnte: wenn es z. B. gelänge, bei Hernien (deren Operation aus irgend einem Grunde nicht tunlich ist) eine Injektion von härterem Paraffin in der Gegend der Bruchpforte direkt unter das Peritoneum zu machen, so könnte man eine Art Pelotte erzielen, welche die Bruchpforte decken und den Bruchsackhals nur durch eine enge, nicht dehnbare Öffnung durchtreten ließe. Eine solche Pelotte könnte das Wiederaustreten des vorher reponierten Bruchsackinhaltes mit ziemlicher Sicherheit verhindern.

Ich hatte bisher keine Veranlassung, Paraffin von höherem Schmelzpunkt zu verwenden. Das von manchen Seiten geäußerte Bedenken: eine Prothese von Vaselin könnte bei höherem Fieber ihres Trägers verflüssigt werden und dadurch ihre Dauerhaftigkeit verlieren, beruht auf einem Irrtum; denn das injizierte Vaselin wird nicht als ein homogener Klumpen von einer einfachen Bindegewebskapsel umhüllt, es wird vielmehr von Bindegewebe durchwachsen und dadurch in zahllose kleine Klümpchen zertrennt, von welchen jedes seine eigene Bindegewebskapsel hat, so daß nicht die Härte des Paraffins, sondern die Straffheit dieses neugebildeten Gewebes für die Härte und Haltbarkeit der Prothese maßgebend ist. Wie es sich in dieser Beziehung bei den Prothesen von schwerer schmelzbarem Paraffin verhält, ist mir nicht bekannt.

Zum Schutz gegen das Entstehen von Embolien genügt meines Erachtens die von mir stets vorausgeschickte Injektion von einigen Tropfen Cocainlösung oder Schleich'scher Lösung; wird nach dieser Einspritzung aspiriert oder nur die Spritze von der Nadel abgenommen,

so sieht man, ob aus der steckengebliebenen Nadel Blut hervorsickert. Wenn dies der Fall ist, so hat man Grund zu der Annahme, daß die Nadelspitze im Lumen einer Vene liegt, und injiziert an der verdächtigen Stelle kein Paraffin; kommt aber kein Blut aus dem Lumen der Nadel, so setzt man die Paraffinspritze an die in situ gelassene Nadel und kann getrost injizieren.

Wenn das Paraffin in ein besonders gefäßreiches Gewebe (z. B. in die Parametrien) eingebracht werden soll, so wendet man überdies noch die Vorsicht an, bei der ersten Injektion nur ein kleines Paraffindepot (z. B. 1,0 ccm) anzulegen; nach etwa einer Woche kann man in die Mitte des nun schon von infiltriertem Gewebe umgebenen Klümpchens einstechen und gefahrlos eine größere Paraffinmenge eintreiben. Derselbe Vorgang empfiehlt sich, wenn es gilt, in sehr lockeres Gewebe, welches der diffusen Ausbreitung der weichen Masse keinen Widerstand entgegensetzt, zu injizieren. Solche Verhältnisse findet man in dem lockeren Gewebe, das zwischen der hinteren Pharynxwand und den Wirbelkörpern liegt.

Paraffinprothesen, die mit einer Masse von höherem Schmelzpunkt als etwa 35° C. hergestellt sind, bezeichne ich, wie schon erwähnt, als harte, weil sie nach kurzer Zeit knorpelhart sind und so bleiben.

Es ist klar, daß solche Prothesen wegen ihrer Härte für gewisse Zwecke unbrauchbar sind, und ich habe deshalb in einigen Fällen den Versuch gemacht, weiche Paraffinprothesen zu erzielen und halte die so gewonnenen Resultate für bemerkenswert. Ich verwendete bei diesen Versuchen eine Mischung von einem Teile Vaselin mit vier Teilen Olivenöl (nicht Gewichtsteile, sondern Volumina). Diese Mischung wird jedesmal frisch bereitet und durch Kochen sterilisiert; sie ist bei Zimmertemperatur halbflüssig und mehr als die härteren Paraffine geeignet, bei der Injektion in die feinen Gewebsspalten einzudringen, also sich diffus zu verbreiten.

Ich hatte die Hoffnung, daß allmählich das verwendete Olivenöl durch Resorption verschwinden würde, unter Zurücklassung von zahlreichen kleinsten Paraffindepots, die in gleichen Abständen im Gewebe verbleiben und dort eingekapselt würden. Die Abstände dieser kleinen Partikel voneinander sollten das Konfluieren zu einer harten Platte verhindern; die zahlreichen Einkapselungsherde von kleinster Dimension sollten das Volumen des von ihnen durchsetzten Gewebes bleibend vergrößern und zugleich seine Konsistenz so weich erhalten, als es für den speziellen Zweck wünschenswert war.

Diese Voraussetzungen wurden durch die Verwendung der Öl-Vaselinmischung (4 : 1) bestätigt. Das aufs gerathewohl bestimmte Mengenverhältnis von Vaselin und Öl entsprach so gut, daß ich bisher keinen Anlaß zu Änderungen hatte, sondern alle meine Versuche mit der gleichen Mischung machte.

Zuerst wurden weiche Paraffinprothesen verwendet, um Narben am Halse, die durch ihre vertiefte Lage entstellten, ins

Niveau der benachbarten Haut zu heben. Dies gelang sehr gut, die Konsistenz der »Prothese« entsprach ziemlich genau jener des Gewebes, das ersetzt werden söllte: des subkutanen Fettgewebes. Auf Grund dieser Erfahrungen konnte ich die weiche Prothese in einem weit wichtigeren Falle erfolgreich verwenden, nämlich bei einer Hemiatrophia facialis sehr hohen Grades. Nachdem die Fossa canina und die tiefen Gruben ober- und unterhalb des Jochbogens durch harte Prothesen ausgefüllt waren verblieb noch eine arge Entstellung der Regio buccalis, deren Haut unmittelbar an der Wangenschleimhaut anzuliegen schien. Die ganze Gegend war eingesunken und in zwei Gruben getrennt durch einen Grat, der vom Mundwinkel schräg nach außen und oben zum Jochbein zog; dieser entsprach dem Musc. zygomaticus. Bei seiner Verkürzung wurde die von ihm emporgehobene Haut in Falten zusammengeschoben, die den Verlauf des Muskels rechtwinklig kreuzten und so jedes Lächeln zur Ursache noch ärgerer Entstellung machten. Die Verdickung der eingefallenen Backe durch die Injektion von Öl-Vaselinmischung gelang vollständig, die Konsistenz entsprach der der anderen Seite, das Mienenspiel war normal. Die Pat. wurde von Herrn Prof. Dr. Herm. Schlesinger in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 7. November d. J. vorgestellt. Es waren seit der letzten Injektion viele Monate verflossen, ohne daß eine Verschlechterung des anfänglich erzielten Zustandes zu bemerken gewesen wäre. In der Dicke der Backe glaubte ich verstreute kleine Knötchen durchtasten zu können.

Die Injektion geringer Mengen der Öl-Vaselinmischung unterhalb transplantierter Epidermislappen (nach Thiersch) hatte einige Male schönen Erfolg; es handelte sich um Fälle, in welchen die transplantierten Lappen durch ihre gelbliche Farbe von der umgebenden Haut grell abstachen (an der Nase, nach Abtragung von Rhinophyma), und um solche, in welchen überdies eine Niveaudifferenz zurückgeblieben war (nach Deckung des Stirnhautdefektes, der aus Anlaß einer Rhinoplastik gesetzt worden war).

Während der Injektion wurde die Farbe der Lappen fast genau so wie die der umgebenden Haut, und auch die Niveaudifferenz konnte beseitigt werden. Auch in diesen Fällen diente die »weiche Prothese« als Ersatz oder zur Bildung von subkutanem Gewebe.

Analog ist auch der Effekt der Injektion von Öl und Vaselin bei sehr entstellenden Blatternarben; bei solchen ist das auffallendste der Schlagschatten, der besonders bei seitlicher Beleuchtung jedes der Narbengrübchen dunkel einsäumt.

Spannt man eine Stelle der so veränderten Haut mit den Fingern straffer an, so werden die Grübchen flach gezogen, die Schlagschatten schwinden. Die Injektion hat eine ähnliche Wirkung durch die Vermehrung des subkutanen Gewebes, und überdies scheint durch Eindringen von Teilchen der eingespritzten Masse in das Gewebe der Cutis die Haut succulenter zu werden. Daß dies sich wirklich

so verhält, schien ein Fall zu beweisen, in welchem in der Stirnhaut aus unbekannter Ursache eine dunkelgraue Verfärbung von einiger Ausdehnung entstanden war. In der Meinung, daß Pigmentkörnchen in die Cutis eingelagert seien, versuchte ich die Injektion, welche ja die Haut etwas schwellen macht, und erzielte eine deutliche Besserung. Die Schwellung der Haut mußte ein Auseinanderrücken der Pigmentkörnchen bewirken und dadurch eine hellere Hautfarbe bedingen; ein ähnlicher Vorgang dürfte stattfinden, wenn bei sehr mageren Mädchen von bräunlicher Hautfarbe in den Jahren der Entwicklung reichlichere Fettbildung zu Stande kommt und zugleich die Hautfarbe heller wird.

Schon aus diesen wenigen Erfahrungen geht hervor, daß die Paraffineinspritzungen noch mancherlei nützliche Verwendung finden dürften.

Die Frage liegt nahe, warum für die weichen Prothesen nicht statt des Olivenöls Paraffinum liquidum verwendet wurde?

Ich zog Olivenöl vor, weil seine Resorbierbarkeit erwiesen ist, während das Schicksal von Paraffinum liquidum im Gewebe bisher nicht genügend bekannt ist.

(Vielfache Anfragen haben Herrn Dr. Moszkowicz veranlaßt, die bei uns geübte Methode der Paraffineinspritzung genauer zu beschreiben, als es bisher geschehen ist. Die Arbeit, welche diese Beschreibung enthält, behandelt das ganze Thema der Paraffininjektionen ausführlich und wird demnächst in der Wiener klinischen Wochenschrift erscheinen.)

II.

Zur Orig.-Mitteilung des Herrn cand. med. Fritz Rehm: Vorschlag zur Vereinfachung der Naht bei Anwendung des Murphyknopfes (Zentralbl. f. Chir. 1902 Nr. 48).

Von

Prof. v. **Hacker** in Innsbruck.

Der von Rehm empfohlene Vorgang bei Einnähung des Murphyknopfes ist ein so naheliegender Ersatz der Tabaksbeutelnaht, daß ich vermute, daß derselbe bereits von verschiedenen Chirurgen bei den Operationen am Lebenden eingehalten worden sein dürfte. Allerdings wird in den Lehr- und Handbüchern, in denen ich nachschlug, bei Beschreibung der Technik der Anwendung dieses Knopfes nur die Schnürnaht angegeben und abgebildet.

Ich selbst bin bei allen Anastomosen, die ich am Menschen mit dem Murphyknopf ausführte, immer schon in der jetzt von Rehm vorgeschlagenen Art und Weise vorgegangen und bin mit den Resultaten sehr zufrieden. Ich muß aber hervorheben, daß ich womöglich durch die von den Rändern der Knopfscheibe aneinander-

gedrängten Darmpartien der Sicherheit wegen noch Serosanähte lege, dieselben aber in einzelnen dringenden Fällen auch ohne Schaden wegließ. Ich habe auch gelegentlich der Vorstellung eines Falles von Gastrotomie wegen eines Murphyknopfes, der längere Zeit nach der Gastroenterostomie aus den Magenwandungen herausgeschnitten hatte werden müssen, in der Sitzung der wissenschaftlichen Ärztegesellschaft in Innsbruck vom 2. Juni 1899 (s. Wiener klin. Wochenschrift 1899 Nr. 28) ausdrücklich hervorgehoben, daß ich bei Anastomose mit dem Knopf immer einen schlitzförmigen Schnitt ausführe, dessen Enden nach Einführung der Knopfhälften vernäht werden. Ich habe dort auch als Grund angegeben, daß durch die Tabaksbeutelnaht öfters zu viel Gewebe zwischen die Knopfteile zusammengezogen werde. Dadurch kann ein Schleimhautschlitz seitlich herausgedrängt, es kann das feste Zusammendrücken der Knopfteile verhindert werden, was einerseits die Operation verzögert und erschwert, andererseits für später den Nachteil haben kann, daß die Zwischenschicht zum Teil ernährt bleibt und entweder den Abgang des Knopfes verhindert (wie in meinem Falle) oder durch Zurückbleiben eines Diaphragmas zu einer Verkleinerung der Anastomosenöffnung führt.

Bei vollkommener Durchtrennung des Darmes (nach der Resektion z. B.) muß man sich jedoch, wenn man hier nicht überhaupt die circuläre Darmnaht vorzieht, öfters dennoch der Tabaksbeutelnaht bedienen. Oft ist nämlich hier der Unterschied des Durchmessers des Knopfes und des Darmes ein so großer, daß die beiderseitigen Nähte (auch wenn man mehrere ausführt) keinen so völlig sicheren Lumenverschluß nach dem Zusammenpressen der Knopfhälften garantieren, als eine angelegte Schnürnaht.

---

1) **Zupnik.** Über den Angriffspunkt des Tetanusgiftes.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 4.)

Eine Analyse der Tetanussymptome ergiebt zwei voneinander wesentlich verschiedene Haupterscheinungen: 1) eine ununterbrochen andauernde, allmählich die gesamte Körpermuskulatur ergreifende Kontraktur oder Starre und 2) später eintretende, kurz anhaltende allgemeine Streckkrämpfe, die vom Zentralnervensystem ausgelöst werden und die ohnehin hochgradig kontrahierte Muskulatur zu noch stärkerer Kontraktion veranlassen. Die Muskelstarre verläuft stets in nachfolgender Regelmäßigkeit: beim spontanen Tetanus ergreift sie in der Regel zuerst die Muskulatur des Unterkiefers, dann des Nackens und des Rückens, der oberen und schließlich diejenige der unteren Extremitäten; beim experimentellen dagegen verbreitet sie sich von der Infektionsstelle, wie von einem Zentrum aus, gleichmäßig nach allen Richtungen. Erst in allerletzter Zeit ist es gelungen, die spontan auftretende Tetanusform von der Subcutis aus experimentell zu erzeugen. Man kann heute ganz nach Belieben



bei einer und derselben Tierart mit demselben Infektionsmaterial einmal den gewöhnlich spontan auftretenden Tetanus descendens, das andere Mal Tetanus ascendens erzeugen.

Die Untersuchungen, welche Z. zur Aufklärung der Entstehungsart dieser beiden Vergiftungsbilder im Laufe zweier Jahre vorgenommen hat, haben eine Reihe von Tatsachen ergeben, die im Falle ihrer Bestätigung geeignet sind, unsere ganzen heute geltenden Anschauungen über die Pathogenese des Tetanus zu ändern und infolgedessen eine über den üblichen Rahmen eines Referates hinausgehende Ausführlichkeit rechtfertigen dürften.

Nach Z. läßt sich ein Tetanus descendens von der Subcutis nur dann experimentell erzeugen, wenn das Infektionsmaterial in muskelfreie Gebiete gebracht wurde. Es kommen ferner lokale Kontrakturen bei spontanem Tetanus dann zum Vorschein, wenn die Verletzung bis an einen Muskel reicht oder sich in denselben erstreckt. Das Bild des experimentellen Tetanus ascendens ist von der Infektionsstelle abhängig; so bekommt man z. B. bei Impfungen einer hinteren Extremität das eine Mal eine Starre beider hinteren Extremitäten, das andere Mal dagegen eine bloß auf das geimpfte Bein beschränkte Kontraktur, je nachdem man in der Nähe der Schwanzwurzel oder in der Leistenbeuge geimpft hatte. Lange bestehende Muskelkontrakturen lassen sich weder durch Narkose noch durch Durchschneidungen der zugehörigen Nerven, noch durch Curarewirkung (Gumprecht) völlig beheben. Die allergiftigste von peripheren Injektionen ist die intramuskuläre; hier erzeugt dieselbe Dosis einen tödlichen Tetanus, die auch bei intravenöser Injektion als minimal tödliche Dosis gilt. Weit größere Dosen sind bei Injektion in muskelfreien Gebieten notwendig. Die Dauer der Inkubationszeit nimmt bei derselben Giftmenge und gleichschweren Tieren zu, je nachdem, ob intramuskulär, subkutan über einem Muskel oder in muskelfreien Gebieten injiziert wurde.

Diese Tatsachen zwingen zur Annahme, daß eine spezifische Beziehung zwischen Tetanustoxin und Muskelgewebe besteht; diese Affinität kann aber nur dann zur Geltung kommen, wenn der Muskel mit seiner zugehörigen motorischen Ganglionzelle in Verbindung steht.

Zahlreiche intracerebrale Toxininjektionen an Hunden, Katzen und Kaninchen boten niemals Erscheinungen, die nur im entferntesten an für Wundstarrkrampf charakteristische erinnerten, dagegen wurden als konstante Folgeerscheinung epileptoide Anfälle beobachtet. Dieses Ergebnis steht im völligen Gegensatz zu einer Arbeit H. Meyer's[1], der das Tetanusgift auf dem Wege der peripheren Nerven und wahrscheinlich ausschließlich auf diesem zu den Ganglienzellen des Zentralnervensystems gelangen und den Tetanus allein durch zentrale Wirkung mit Ausschluß jeder peripheren Affektion als sicher be-

---

[1] Chemische und medizinische Untersuchungen. Festschrift für M. Jaffé. Braunschweig 1901.



wiesen entstehen läßt. Die Widerlegung der von Meyer vertretenen Thesen durch Z. mögen Interessenten im Original nachlesen.

Von großer Wichtigkeit sind die Ergebnisse der Injektionen ins Lendenmark: Die minimale tödliche Dosis betrug bei dieser Art der Einverleibung etwa ein Fünfzehntel der für die Subcutis und die Muskeln als minimale, tödliche Dosis ermittelten Giftmenge. Ferner zeigte sich bei Injektionen von Giftmengen, die ganz nahe der tödlichen Rückenmarksdosis stehen, ein ganz eigenartiges Vergiftungsbild, das von Z. als Tetanus spinalis bezeichnet wird und in einer 15 bis 20 Stunden nach der Einspritzung auftretenden Reflexerregbarkeit der entsprechenden hinteren Extremität besteht. Dann folgen kurze, sekundenlang anhaltende reflektorische Streckungen derselben; nach einer gewissen Zeit stellen sich diese Erscheinungen auch an der anderen hinteren und später den beiden vorderen Extremitäten ein. Die leiseste Berührung des Tieres, ein Stoß gegen die Unterlage oder jedes lautere Geräusch rufen einen allgemeinen kurzen Streckkrampf hervor, der die Wirbelsäule und alle vier Extremitäten auf einmal ergreift. Von Zeit zu Zeit treten diese allgemeinen Streckkrämpfe auch spontan auf. Auf der Höhe der Erkrankung stellt sich allgemeine Parese ein. Dabei fehlt jede Spur von Trismus, von Opisthotonus, kurz jede Andeutung einer dauernden Starre irgend eines Muskels. Es ist ein Bild, welches das zweite Hauptsymptom des Wundstarrkrampfes, d. h. die allgemeinen Streckkrämpfe ganz rein zur Darstellung bringt.

Z. folgert aus seinen Untersuchungen: daß das giftige Prinzip des Tetanustoxins von peripheren Organen das Muskelgewebe, vom Zentralnervensystem bloß die motorischen Ganglienzellen des Rückenmarkes angreift. Dabei hat die Giftbindung von Seiten des Muskels allein Muskelstarre, diejenige durch die genannten Ganglienzellen ausschließlich vermehrte Reflexerregbarkeit und allgemeine Streckkrämpfe zur Folge. Die beiden Gewebsarten erhalten das Gift auf dem Wege der Blutbahn. Der lokale Tetanus wird durch direkte Bindung des Giftes verursacht. Die Ascendenz der Kontrakturen erklärt sich durch Fortleitung des Giftes in der Muskelsubstanz selbst, wobei anscheinend das Bindegewebe nur unterstützend wirkt, indem es das injizierte resp. gebildete Gift lange Zeit festhält und langsam an das Muskelgewebe abgiebt. Die Inkubation findet ihre Erklärung in der für den Ablauf chemischer Reaktionen zwischen dem Gift resp. seiner Vorstufe und den giftempfindlichen Geweben nothwendigen Zeit. Die geringen Giftmengen, die auf dem Wege des Bindegewebes peripherer Nerven in den Subarachnoidealraum gelangen, werden von hier aus nicht ans Rückenmark, sondern an die Blutbahn abgegeben, wie auch aus Ransom's Untersuchungen zu folgern ist. Der Giftkörper selbst kann entweder einheitlich sein — und dann sind die beiden voneinander total verschiedenen Vergiftungserscheinungen durch eine physiologische Verschiedenheit der giftbindenden Gewebsarten bedingt — oder es sind im Tetanus-

toxin zwei verschiedene Giftsubstanzen enthalten mit spezifischer Affinität der einen zum Muskelgewebe, der anderen zu den Rückenmarkszellen.

Die mitgeteilten Tatsachen eröffnen auch neue Gesichtspunkte für die symptomatische Tetanustherapie. Z. hofft, durch direkte Duralsack-Injektionen von die Reflexerregbarkeit des Rückenmarkes herabsetzenden Substanzen die allgemeinen Streckkrämpfe als das für den Pat. gefährlichere Symptom auszuschalten.

Zum Schluß giebt Z. noch eine Erklärung über die Entstehung der Erstsymptome beim Tetanus descendens, der gewöhnlich mit Trismus einzusetzen pflegt, eine Tatsache, die sich mit keiner der bis jetzt aufgestellten Tetanustheorien vereinigen ließ, so daß man sich mit der Annahme einer spezifischen Affinität der Trigeminuskerne zum Tetanustoxin behalf. Aber in einer gewissen Anzahl von Tetanus descendens-Fällen treten die ersten Symptome in der Rückenmuskulatur auf (Steifheit und Spannungsgefühl im Rücken).

Z. vermutet, daß rein mechanische Momente hier im Spiele sind. Weder die Kaumuskeln noch die Rückenstrecker besitzen Antagonisten, die den ersteren, nach erfolgter Kontraktur beider nur annähernd das Gegengewicht halten können. Z. will damit nicht ausdrücken, daß ein derartiges Gleichgewicht der Agonisten und Antagonisten an sonstigen Körperstellen bestehe, sondern nur auf das Mißverhältnis hinweisen, das hier in einem Grade wie bei keiner anderen größeren Muskelgruppe besteht. Nun gelangt das Tetanusgift von der Verletzungsstelle aus in die Blutbahn und wird — event. seine Muskelkomponente — gleichmäßig an die gesamte Körpermuskulatur abgegeben. Hier kommt es zur langsamen Anhäufung und chemischen Bindung. Hand in Hand damit nimmt der Tonus der Muskulatur zu und muß nach Erreichen einer gewissen Höhe nach Ansicht des Verf. dem Kranken am ehesten da zum Bewußtsein kommen und auch objektiv wahrgenommen werden, wo das größte oben genannte Mißverhältnis besteht.

Diese geistvolle Hypothese scheint in der That geeignet, am ungezwungensten die Entstehung des Trismus zu erklären, ohne den Tatsachen Gewalt anzutun. **Hübener** (Dresden).

---

2) **A. Nehrkorn.** Histologische und experimentelle Beiträge zur Frage der Schnittführung und Nahtmethode bei Laparotomien.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIV.)

Verf. prüfte den Werth der verschiedenen Operations- und Nahtmethoden bei Laparotomien zunächst durch anatomisch-histologische Untersuchungen menschlicher Narben, welche er in 15 Fällen durch die Sektion nach vorausgegangener Laparotomie erhielt. Von den bearbeiteten Narben waren 8 durch Massennaht, 7 durch Etagennaht entstanden, letztere entweder in 3 Etagen — Bauchfell, Apo-

neurose, Haut — oder in 2 Etagen — alle tiefen Schichten und Haut — ausgeführt.

Als Vorzug der Etagennaht stellte sich heraus, daß die Annäherung der Aponeurose und auch der Muskeln durchschnittlich eine wesentlich bessere ist. Als Nachtheil zeigte sich die Bildung größerer und kleinerer Hämatome oberhalb und unterhalb der aponeurotischen Schicht als Folge des Zurücklassens todter Räume. In $^2/_3$ der Präparate wurde ferner insofern keine ideale Narbenbildung erreicht als die primäre Verklebung durch Aufstülpung der Aponeurosenränder und Ausfüllung des so entstandenen Trichters mit Fettgewebe erschwert wurde.

N. hat sodann noch Experimente an Hunden vorgenommen. Es wurden die mannigfachsten Nahtmethoden erprobt. Auf die Einzelheiten der Resultate kann hier nicht eingegangen werden.

Beide Untersuchungsreihen ergaben, daß die Aponeurosenwunden dann die besten Aussichten zu rascher und völliger Heilung haben, wenn primär ihre Wundflächen wieder lineär aneinander gepasst und zugleich Beeinträchtigungen der Ernährung durch Schnürung und Spannung vermieden werden. Je unvollständiger von vornherein die Adaption ist, desto geringer ist die Aussicht, daß ein verbindendes Zwischengewebe entsteht und dieses durch Neubildung sehniger Elemente die erforderliche Widerstandsfähigkeit bekommt.

Bei flächenhafter Anlagerung und vollständiger Berührung tritt ebenfalls durch Bildung sehnigen Gewebes eine homogene Verbindung ein, sowohl wenn korrespondierende, als auch wenn entgegengesetzte Flächen aneinander gelegt sind. Werden aponeurotische Flächen einander nur genähert, ohne genügend in Berührung zu kommen, so kann eine Heilung durch Regeneration sehniger Substanz kaum erwartet werden. **Blauel** (Tübingen).

---

3) **R. T. Morris.** A report of experiments made with Cargile membrane for the purpose of determining its value in preventing the formation of peritoneal adhesions.

(New York med. record 1902. Mai 17.)

Experimente an Kaninchen, worüber ausführlich berichtet wird, zeigen die Anwendung von Cargile's sterilisierter animalischer Membran zur Verhütung von peritonealen Adhäsionen. Ein dünnes »Goldschlägerhäutchen«, aus dem Peritoneum des Rindes hergestellt und der heißen Cumolsterilisation unterworfen, wurde über die des Endothels beraubte Fläche gelagert. Die Membran widerstand der Absorption mehr als 10 und weniger als 30 Tage und hält sich auch ohne Befestigung gut am Platze. Auch bei einem Pat. wurde nach Lösung von Netzverwachsungen anscheinend guter Erfolg erzielt.

Verf. fordert zu weiterer Anwendung auf, z. B. zum Ersatz der Dura mater. **Loewenhardt** (Breslau).



4) **Würth v. Würthenau.** Die modernen Prinzipien in der Behandlung der penetrierenden Bauchwunden.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIV.)

Die Zusammenstellung der Statistiken aus den Jahren 1890 bis 1900 über die Behandlung penetrierender Bauchwunden ergibt, daß ein stetes Sinken der Mortalität eingetreten ist. Dabei zeigt sich, daß die exspektative Behandlung eine Mortalität von 27,5%, die operative eine solche von 28,6% aufweist.

Bezüglich der modernen Prinzipien in der Behandlung penetrierender Bauchwunden kommt Verf., vor allem unter Berücksichtigung der Erfahrungen auf dem südafrikanischen Kriegsschauplatze, wie sie von McCormac, Watson Cheyne und Küttner gewonnen wurden, zu dem Resultat, daß penetrierenden Bauchschußverletzungen der Kriege durch modernkalibrige Geschosse in erster Linie eine exspektative, konservative Behandlung, die Friedensverletzungen dagegen vor allem eine möglichst baldige operative Behandlung erheischen.

Die Ausführungen über die Einzelheiten in der Behandlung penetrierender Bauchwunden müssen im Original nachgelesen werden. Hervorgehoben sei, daß in der Friedenspraxis die Opium- und Morphiumtherapie vor Sicherstellung der Diagnose energisch verworfen, auf dem Schlachtfelde dagegen die Verabreichung von Opiaten empfohlen wird. Ferner wird zur Abkürzung des Eingriffes die Anwendung des Murphyknopfes, ausgenommen bei Dickdarmvereinigungen, und die einreihige Bauchdeckennaht mit tiefgreifenden Knopfnähten angeraten. **Blauel** (Tübingen).

---

5) **M. J. Rostowzew.** Die Rolle der Darmwürmer in der Ätiologie der Perityphlitis.

(Bolnjitschnaja Gaseta Botkina 1902. [Russisch.])

R. beschäftigte sich 1899 mit topographisch-anatomischem Studium der Blinddarmgegend. Bei einem an Erysipel gestorbenen Manne fand R. dabei in einem normalen Wurmfortsatz einen Ascaris lumbricoides. In 2 anderen Fällen wurden kleine Exemplare von Oxyuris gefunden; ein Wurmfortsatz war normal, der andere zeigte alte Verwachsungen. Von 278 Wurmfortsätzen enthielten 108 Kotpartikel, konnten also auch Eier von Darmwürmern enthalten. Endlich wurden 1890—1900 im weiblichen Obuchowhospital unter 163 Fällen von Perityphlitis nur 3mal Botriocephalus latus und Ascaris lumbricoides gefunden. Schlußsatz: Die Darmparasiten spielen nur eine sehr geringfügige direkte ätiologische Rolle in der Perityphlitis und eine sehr bescheidene indirekte — als Erzeuger von Darmerkrankungen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

---

6) **Dieulafoy.** Attendre pour opérer que l'appendicite soit »refroidie«, c'est exposer le malade à la mort.

(Presse méd. 1902. Nr. 55.)

D. veröffentlicht einen Fall von Appendicitis, den er am vierten Tage der Krankheit hat operieren lassen, und der weniger das Bild der Peritonitis als das der Allgemeinintoxikation geboten hatte. Bei der Operation wenig Flüssigkeit im Bauch, die Darmschlingen nicht verklebt, nur wenig belegt. Hinter dem Blinddarm ein kleiner Abszess, in welchem der nicht perforierte, aber teilweise brandige Wurmfortsatz liegt. Tod am 5. Tage nach der Operation. Hatten schon die klinischen Erscheinungen auf Allgemeinintoxikation hingewiesen, so bewies die mikroskopische Untersuchung der inneren Organe, daß weitgehende Degenerationen und Nekrosen der zelligen Elemente bestanden. Die Darmschlingen zeigten einen leichten fibrinösen Belag, nur im kleinen Becken ein Eßlöffel Eiter.

(Diese Formen der Peritonitis fanden wir nur bei reiner Streptokokkeninfektion; ein bakteriologischer Befund fehlt in der vorliegenden Arbeit. Ref.)

Auf Grund dieses unglücklichen Ausgangs empfiehlt D. die Operation während der Entzündung. Es sei nicht zu verwundern, daß im anfallsfreien Stadium operierte Kranke in der Regel gesund würden; das Gegentheil würde erstaunlich sein, da ja das schlimmste dann vorüber sei. Die Anhänger des Abwartens hätten also keinen Grund, auf diese Erfolge stolz zu sein. Alle diejenigen Kranken aber, welche der Infektion und der Intoxikation erlagen, ehe sie die »phase bienheureuse d'appendicite refroidie« erreichten, kämen noch auf die Rechnung der abwartenden Ärzte. Er wolle dem gegenüber feststellen, daß alle Appendicitis-Fälle, welche er vor Ablauf des zweiten Tages der Erkrankung habe operieren lassen, geheilt seien; vor Ablauf des dritten Tages Operierte seien fast alle geheilt; bei noch später Operierten stehe er für nichts, obwohl auch hier noch gute Erfolge erzielt werden könnten. Die Stimme eines so hervorragenden Internen fällt schwer in die Wagschale. Man wird sich aber doch nicht über die Tatsache hinwegsetzen können, daß man von 100 Kranken 80 operieren würde, die es weder jetzt noch später nötig haben, wenn man D.'s Rate folgte. Andererseits ist die Zahl der an vom Wurmfortsatz ausgehender Peritonitis Sterbenden bei uns augenblicklich wohl eben so hoch, wie die Zahl derer, die Verletzungen oder dem Puerperalfieber erliegen. Es handelt sich allerdings dabei ausschließlich um Fälle, die schon im späteren Stadium der Perityphlitis-Peritonitis ins Haus kommen. Es wäre also dringend erwünscht, ein diagnostisches Mittel zu haben, welches schon am zweiten Krankheitstage zu entscheiden erlaubte, ob operiert werden muß oder nicht. Die Leukocytenzählung ist in dieser Richtung ein entschiedener Fortschritt. Sie versagt jedoch gerade in den schwersten Fällen (Curschmann und Küttner), wie D.

einen beschreibt, und die nach unseren Erfahrungen auf Reininfektion mit Streptokokken beruhen. Bei diesen ist die Leukocytenzahl eher erniedrigt.

Bertelsmann (Hamburg).

---

7) **F. Bommarito** (Palermo). Su di un nuovo procedimento operatorio per erniotomia radicale nelle ernie inguinali.

(Clinica chir. 1902. Nr. 6.)

B. hat eine Modifikation der Bassini'schen Radikaloperation des Leistenbruches ersonnen und in einer Reihe von Fällen mit gutem Erfolge geübt. Bis zur Unterbindung und Resektion des Bruchsackes besteht kein Unterschied. Dann aber wird der Annulus cruralis möglichst freigelegt, ebenso das Ligamentum inguinale isoliert und nun von hinten her der Zugang zur inneren Öffnung des Schenkelringes freigemacht. Dann wird das Ligamentum inguinale schräg von innen nach außen durchschnitten. Nun legt B. den isolierten Samenstrang in den Cruralkanal und verschließt diesen oben wieder durch exakte Naht des Ligaments. Dadurch ist der Inguinalkanal völlig ausgeschaltet und kann fest verschlossen werden.

J. Sternberg (Wien).

---

8) **H. Reerink.** Experimente über Transplantationen am Magen.

(Beiträge zur allg. Pathol. und pathol. Anatomie 1900. Bd. XXVIII.)

R. hat durch Experimente an zwei Hunden den Beweis geliefert, daß es gelingt, ausgeschaltete Stücke des Dickdarmes, die mit ihrem Mesocolon im Zusammenhang gelassen sind, in Defekte der Magenwand einzuheilen, so zwar, daß das in den Magen transplantierte Darmstück weiter für sich bestehen bleibt und auch seine Funktionen weiter ausübt. Ein drittes Versuchstier, bei dem ein ungestielter Darmlappen in den Magendefekt eingenäht worden war, entging der erwarteten Perforationsperitonitis dadurch, daß sich ein Netzlappen über die Wunde legte und mit dem Magen verklebte. Die grobanatomischen und mikroskopischen Befunde sind durch drei Textfiguren und eine Tafel verdeutlicht. Die mit seinem Thema sich berührenden Publikationen hat Verf. eingehend berücksichtigt.

Hofmeister (Tübingen).

---

9) **Gibson.** The creation of an artificial valvular fistula a) for the treatment of chronic colitis, b) as an adjuvant to certain operations on the stomach.

(Boston med. and surg. journ. 1902. September.)

a) Bei chronischer, durch Medikamente nicht beeinflußbarer Ruhr und ähnlichen Zuständen geschwüriger Schleimhauterkrankung des Dickdarmes legt G. eine Fistel nach Art der Kader'schen Magenfistel im Blinddarm an und spült von dieser her den Darm mit den verschiedenen zur Heilung nötigen Flüssigkeiten aus, meist

Höllensteinlösung 1:20000, die allmählich stärker genommen wird. Die Flüssigkeit hat freien Abfluß durch ein Mastdarmspekulum. Ausführliche Mitteilung dreier auf diese Art erfolgreich behandelter Fälle, die monatelanger medikamentöser Behandlung Trotz geboten hatten. Was später aus der Fistel wird, ist nicht mitgeteilt, geht auch nicht aus den Krankengeschichten hervor.

b) Bei Gastroenterostomie sehr erschöpfter und ausgehungerter Personen empfiehlt G. die gleichzeitige Anlegung einer Dünndarmfistel, zur Ernährung ebenfalls nach dem Kader'schen Verfahren. Später kann man durch Entfernung des Drains die Fistel sich schließen lassen, trotzdem eine geringe Verengerung der Darmlichtung dadurch eintritt; da der Inhalt in diesem hohen Teil ganz flüssig ist, ist diese Verengerung nicht nachteilig.

Trapp (Bückeburg).

---

10) **E. Giordano** (Neapel). I risultati della laparotomia nei traumi del fegato.

(Clinica chir. 1902. Nr. 4—6.)

Exakte Nachforschungen haben G. in den Stand gesetzt, die Zahl der operativ behandelten Leberverletzungen als eine weit höhere festzusetzen, als die bisherigen Bearbeiter dieses Themas. Er konstatierte 257 Fälle, hiervon 37 eigene. Der Natur der Verletzungen nach waren es 138 Schnittwunden, 70 Schusswunden, 49 Rißquetschwunden mit 28 bezw. 31 und 24 Todesfällen. Die Resultate der Operation in diesen Fällen waren u. a. auch von dem Umstand abhängig, ob sich die Verletzung auf die Leber und die Bauchhöhle beschränkte, oder ob auch der Verdauungskanal affiziert war, speziell ob eine penetrierende Darm- oder Magenwunde vorlag, ferner ob der Brustkorb eröffnet wurde. Bei den Schnittwunden wechselte dementsprechend das Mortalitätsprozent zwischen 18 und 33, bei den Schußwunden zwischen 25 und 75. Viel wichtiger aber, als diese Statistik, ist die Übersicht über die Erfolge der operativen Therapie mit Rücksicht auf die Zeit des Eingriffes. Für 114 Schnitt- resp. Stichwunden wurde erhoben, daß der Eingriff innerhalb 6 Stunden erfolgte; auch bei 3 anderen, die noch am selben Tage operiert wurden, erfolgte Heilung. Für 60 Schußwunden ergab sich: bei sofortigem Eingriff (bis 8 Stunden) 39%, bis 3 Tage 50%, später 100% Mortalität; für 36 komplizierte Verletzungen bei gleicher Einteilung 31 und 87%. Schließlich bespricht G. noch die Technik der Operation, speziell die Blutstillung, welche ja noch immer im Vordergrunde der Diskussion betreffs der Operationen an der Leber steht. 7 Gruppen lassen sich danach unterscheiden, die durch die Verwendung des Thermokauters, des Heißwassers, der Forcipressur, der »Netztamponade«, der Naht, der Tamponade entstehen. Für die größten Gruppen, die beiden letzteren, ist die Mortalität im allgemeinen fast die gleiche, 27 und 28%, aber sie differiert bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Natur der Verletzung derart (Schnittwunden 17

und 29%, Schußwunden 64 und 29, Quetschungen 43 und 37%), daß G. zu dem Schlusse kommt: für die Schußwunden und Zerreißungen die Tamponade, für die Schnittwunden die Naht. Die anderen Thesen: Laparotomie und nicht exspektative Therapie, und rasches Eingreifen sind wohl allgemein angenommen.

J. Sternberg (Wien).

---

11) **L. Baldassari** (Ferrara). Esperimenti sull' emostasi epatica.

(Clinica chir. 1902. Nr. 1.)

B. ist schon bei seinen früheren Experimenten von dem Prinzip ausgegangen, zur präventiven und definitiven Blutstillung bei Operationen an der Leber Substanzen auf die blutende Oberfläche festzunähen, welche sowohl momentan die offenen Gefäße verschließen als auch geeignet sind, durchwachsen oder gar resorbiert zu werden, so daß das Organ versenkt und die Bauchhöhle geschlossen werden kann. Man hat zwar im Netz ein vortreffliches Mittel, diesen Forderungen zu genügen, muß aber gefaßt sein, daß sich Verwachsungen bilden, welche schwere Gefahren mit sich bringen können. B. hat mit dem entkalkten Knochen begonnen, der sich sowohl als Keil zwischen die Lippen einer Schnitt- oder Stichwunde (Italien!) als auch als Platte auf eine blutende Leberfläche bringen läßt. Die Kanälchen dürften für das rasche Durchwachsen des Bindegewebes von Bedeutung sein. Denn in frischen Fällen (2 bis 3 Wochen) war der Knochen von einer dichten, weißen Bindegewebsschicht umgeben; nach 45 Tagen war kaum mehr eine Spur vom Knochen vorhanden. Dem entsprachen auch die histologischen Bilder. Die Versuche, Netz und Darmwand von anderen Tieren zu nehmen, scheiterten an der schwierigen Sterilisation der letzteren, wie an der wesentlich herabgesetzten Widerstandsfähigkeit des ersteren. Dagegen bewährten sich Stücke der Arterienwand von Rindern ganz ausgezeichnet. Sie wurden nach Behandlung mit Alkohol fraktioniert, sterilisiert und teils in Kochsalz-, teils in 5%iger Chlorcalciumlösung aufbewahrt. Bald nach der — stets glatt erfolgten — Heilung blieb der Fremdkörper noch sichtbar und war von einer dicken, kräftigen Kapsel umhüllt; nachher aber wurde er im Volumen immer mehr verkleinert, weicher und verschwand schließlich vollständig. Auf dem Querschnitte war nur eine klare Narbenlinie zwischen den Lebergrenzen sichtbar. Auch hier waren die histologischen Details im Einklange mit dem makroskopischen Bilde. Endlich wurden Magnesiumplättchen verwendet. Die Resorption erfolgte innerhalb 5 Monaten; doch könnten die Kanten der Platten vielleicht benachbarte Organe schädigen.

J. Sternberg (Wien).

---

12) **G. Marwedel.** Wanderniere und Gallensteine.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIV.)

M. stellt in seiner Arbeit eingehende Betrachtungen darüber an, inwieweit zwischen Wanderniere und Erkrankung der Gallenwege ein Kausalzusammenhang bestehen kann. Einer Zusammenstellung von 14 Fällen aus der Literatur, bei welchen eine Wanderniere die durch Operation nachgewiesene Ursache für Ikterus bildete, folgen 4 Beobachtungen, welche M. selbst zu machen Gelegenheit hatte, und welche diesen Kausalzusammenhang gleichfalls zeigten. Die Beseitigung der Wanderniere wirkte auch hier heilend auf die Symptome der Erkankung der Gallenwege.

M. faßt die Ergebnisse seiner Betrachtungen in folgenden Sätzen zusammen:

1) Eine rechtsseitige Wanderniere kann alle Symptome eines Gallensteinleidens in Form von typischen Kolikanfällen, Stauung der Galle in der Gallenblase mit und ohue Ikterus hervorgerufen, ohne daß eine Erkrankung der Gallenwege selbst, insbesondere Gallensteine bestehen.

2) Die Störungen im Gebiete der Gallenwege, die die rechtsseitige Wanderniere in solchen Fällen erzeugt, entstehen entweder durch direkten Druck der rechten Niere auf die Gallengänge unter Anteversion des oberen Nierenpoles (wobei die Kompression der Taille durch Korsett etc. mithilft), oder durch Zug der sich senkenden Niere am Lig. hepatoduodenale (Weisker), in hochgradigen Fällen von Ren mobilis mitunter auch durch Zugwirkung der Niere am Duodenum.

3) Es ist nicht unwahrscheinlich, daß auf dem gleichen Wege im Anschluß an die rechtsseitige Nephroptose sich Gallensteine entwickeln können.

4) Es ist daher in differentialdiagnostischer wie in therapeutischer Hinsicht bei Pat., besonders bei Frauen mit Gallensteinsymptomen, wichtig, dem Verhalten der rechten Niere ein größeres Augenmerk zu schenken.

5) Bei Wanderniere mit Gallenstauung ohne Steinbildung ist von der Behandlung mit passenden Binden, vor allem aber von der Nephropexie Heilung zu erwarten. Für solche Fälle, wie überhaupt für alle einfachen Wandernieren bleibt die lumbale (extraperitoneale) Nephropexie die beste Methode.

6) Bei Komplikationen mit Gallensteinen, die eine Beseitigung durch Laparotomie erheischen (oder mit Appendicitis resp. anderen abdominalen Affektionen), empfiehlt sich gegebenenfalls die Ausführung der Nephropexie in der gleichen Sitzung vom Bauchschnitte aus, und zwar in Form einer Transfixation der Niere.

Blauel (Tübingen).



Kleinere Mittheilungen.

Ein eigenartiger Bruchsackinhalt.

Von
Dr. J. Wieting,
chir. Oberarzt am kaiserl. ottomanischen Hospital Gülhane zu Konstantinopel.

Wenn man eine lange Reihe von Hernien operiert hat mit stets gleich bleibendem anatomischen Befunde, dann kommt einem wohl bisweilen der Wunsch nach einer Abwechslung. Und diese Geduldsprobe belohnen ja die Hernien nicht gar selten, sie bieten mit einem Male dem chirurgischen Denken und auch wohl dem Handeln eine härtere Nuß. Hier in der Türkei bilden die Leistenbrüche sozusagen das tägliche Brot. Die außerordentliche Verbreitung dieses Leidens ist wohl weniger bedingt durch die harte Arbeit, wie sie z. B. die Hamals (i. e. Träger) verrichten, als vielmehr durch die viel Kot machende Nahrung und die Stuhlträgheit. Die Türken verzehren in großen Mengen Brot und Gemüse, defäzieren fast alle in mehrtägigen Pausen, die Bauchdecken sind oft außerordentlich schlaff und wenig resistent. Unter der großen Zahl der Hernien sind naturgemäß auch alle Varianten in Form und Inhalt vertreten, wie sie in den Lehrbüchern angeführt werden. Bei einer der letzten Operationen, einer doppelseitigen Herniotomie, aber begegnete ich einem Gebilde, dessen Natur mir durchaus unklar war und auch teilweise geblieben ist.

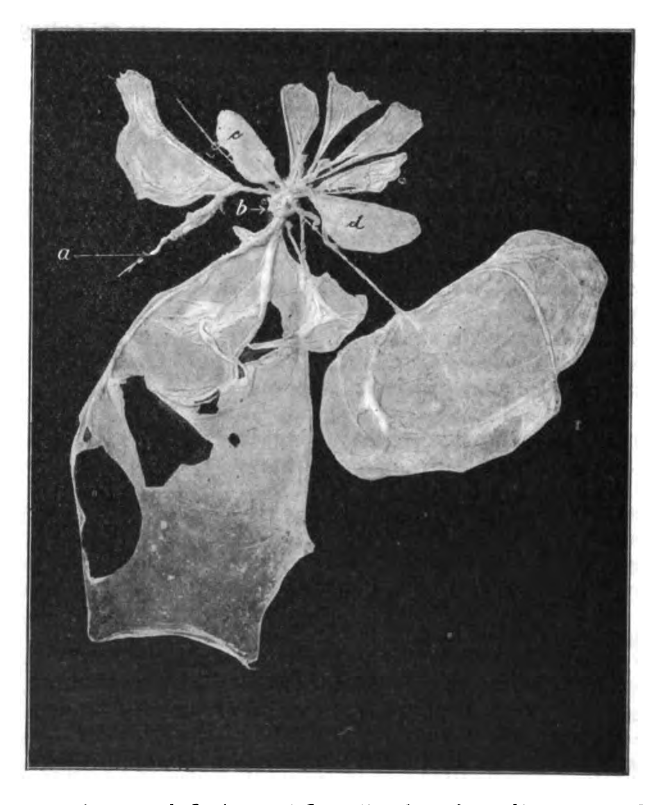
Es handelt sich um einen 25jährigen, wohlgebauten und gesunden Mann, der seit seiner Kindheit eine doppelseitige Hernie hat; die linksseitige ist etwa quittengroß, die rechtsseitige etwas kleiner; beide sind weich, reduktibel und geben Darmschall.

Bei der Operation, im übrigen nach Bassini ausgeführt, wurde folgender Befund erhoben nach wörtlicher Wiedergabe der von meinem türkischen Assistenten Reschad abgefaßten Krankengeschichte, der auch die Operation gemacht hat: »Zuerst, als wir die größere linksseitige Hernie operierten, fanden wir neben den Darmschlingen eine membranöse Masse, die frei im Bruchsacke lag und durch einen Strang in der Tiefe des kleinen Beckens fixiert war. Diese Masse war zur Hälfte in dem Bruchsacke, zur Hälfte in der Bauchhöhle gelegen; durch Zug an der ersteren ließ sich die ganze Masse leicht vorziehen. Als dann festgestellt war, daß diese Masse durch einen gleichartigen, membranösen, zusammengedrehten Strang im Vesiko-Rektalraum fixiert war, wurde der Strang abgebunden und das ganze Gebilde exstirpiert. — In der rechtsseitigen Hernie fand sich eine gleiche aber weniger umfangreiche Membran; diese war indessen nicht in der Bauchhöhle adhärent, sondern im Bruchsacke selber durch einige Fäden und membranartige Blätter. Netz fand sich nicht im Bruchsacke, sondern nur Darmschlingen, die vollständig frei und ohne Verwachsungen waren. Im Interesse des Pat. wurde auch nicht weiter nach dem Zustande des Netzes geforscht.«

Die beiden durch die Operation gewonnenen Gebilde sind einander in ihrer Struktur sehr ähnlich. Das kleinere (rechtsseitige) Stück hat eine flächenhafte Ausdehnung von etwa 25 : 50 cm und durchaus das Aussehen eines Amnions. Es ist vollkommen durchsichtig und gefäßlos; nur an einzelnen Stellen finden sich feinste lokale, länglich gestellte Verdickungen, die aber nicht nach bestimmtem Modus, etwa obliterierten Gefäßen entsprechend, angeordnet sind; oder es finden sich kleine rundliche, weiße Flecken von etwa Linsengröße und narbigstrahligem Bau, oder auch in ihrem Zentrum wieder eine helldurchsichtige Scheibe bietend. Diese Membran ist einfach, doch wird ihr eigentlicher Bau aus dem linksseitigen Gebilde klarer. An den Rändern sitzen mehrfache drehrunde Stränge, zusammengedrehte Membranen ihrer Natur nach.

Weit komplizierter erscheint das linksseitige Gebilde, es ist in der Fläche

wohl 3mal so groß als das erstere. Die untenstehende Abbildung möge es illustrieren: Der Stiel bei *a* saß im Vesiko-Rektalraume fixiert; er ist etwa kleinfingerdick und besteht aus gedrehten Membranen, die sich freilich nicht mehr entfalten lassen. Dieser Stiel führt zu einem sehr kompliziert torquierten Knoten (*b*), der gewissermaßen ein Zentrum bildet zu den radiär geordneten übrigen Bestandteilen. Der feste, derbe Knoten, der im Bruchsacke lag (ohne adhärent zu sein), ist ebenfalls aus zusammengedrehten Membranen gebildet; auf einem Durchschnitte sieht man, wie die Stränge fest zusammengedrängt sind und mehrfach eine knorpelartige Konsistenz angenommen haben. Von dem Knoten nun gehen etwa 9—12 weitere Gebilde aus, die entweder nur einfache gedrehte Stränge darstellen oder aber mit mehr oder weniger langem, gedrehtem Stiele sich inserieren und dann zu Membranen sich erweitern. Nimmt man die kleineren der Membranen zwischen die



Finger, so bemerkt man, daß sie aus 2 Lamellen bestehen, die voneinander frei verschieblich sind. Um dies näher zu erkunden, machte ich an 2 der Gebilde einen peripheren Einschnitt und führte ein Gebläse ein: Sofort blähten sich die Membranen zu Blasen auf, wie es bei *c* und *d* zu sehen ist. Es bestehen keinerlei innere Adhäsionen zwischen den beiden Blättern, aber auch keinerlei Undichtigkeiten, aus denen man etwa schließen könnte, daß der Zwischenraum einst mit flüssigem Inhalte gefüllt gewesen und dieser durch eine Ruptur abgeflossen wäre. Die Wand der 2 größeren Membranen ist einfach; doch ist es klar, daß auch sie anfangs zweiblättrig gewesen sind und sich jetzt nur im zerrissenen Zustande präsentieren; dasselbe ist von dem rechtsseitigen Gebilde anzunehmen. Die Struktur ist in allen Teilen die gleiche: eine feinste, durchsichtige, aber ziemlich feste Membran mit stellenweise feinen, streifigen Verdickungen und runden, bisweilen sehr flach kraterförmig aussehenden Herdchen; Gefäße fehlen vollkommen, und es

sind auch keine Reste davon vorhanden, die Membranen sind an dem Ansatzpunkte der Stränge ebenso fein wie an der Peripherie.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden Stückchen aus der wohl in Formol fixierten Membran ausgeschnitten; sie waren durch diese Präparation vollkommen zur direkten Untersuchung geeignet. Nach van Gieson gefärbt, bilden zahllose Bindegewebsbündel von verschiedener Stärke, sich mannigfach durchkreuzend und verflechtend, den eigentlichen Grundstock. An zelligen Elementen finden sich im Gewebe spärliche rundliche bis spindelförmige Zellen, die offenbar dem Grundgewebe angehören. Und außerdem, hier in weiteren Abständen einzeln stehend, dort zu wenigen Exemplaren vereinigt, nicht selten aber auch weite Flächen bedeckend, liegen Zellen mit größerem, etwas hellerem Kern und vieleckigem Protoplasmaleib. Die Zellen sind polygonal nebeneinander in einer Ebene geordnet und, wie sich durch Heben und Senken der Mikrometerschraube feststellen läßt, anscheinend nur auf einer Seite der Membran. Hier und da finden sich mehrkernige Zellen mit größerem, oft lange Fortsätze aussendendem Protoplasmaleib. An den runden, weißlichen Flecken ist das Bindegewebe etwas massiger gehäuft, strahlig gerichtet und so auf die wenigen vorhandenen Zellen längs gestellt und spitzoval geformt, während im durchsichtigen Zentrum wieder der ursprüngliche Bau der Membran zutage tritt. Nirgends sind Kapillaren oder größere Blutgefäße nachzuweisen, nirgends auch Nervenfasern.

Es wurden ferner aus dem dicken Strange (*b*) Querschnitte angefertigt: Er besteht aus eng zusammengedrängten Bindegewebsfasern, die in den makroskopisch wie glasiger Knorpel aussehenden Partien zu mehr homogenen Massen kondensiert sind. Kerne zeigen sich sehr spärlich, nur an einzelnen seitlich locker sitzenden Fäserchen als Belagszellen. Gefäße sind garnicht vorhanden, auch nichts, was daran erinnern könnte.

So schwer es nun immer ist, bei fortgeschrittenen Gewebsveränderungen noch die ursprüngliche Natur aus dem histologischen Bau zu bestimmen, so stehe ich doch nicht an, das beschriebene Gebilde histologisch als einen Abkömmling der Serosa aufzufassen. Dazu führt auch die weitere Überlegung betreffend die Entstehung des Gebildes. Es kann nicht von außen in die Bauchhöhle hineingelangt sein; mit einem Echinokokkussack z. B., an den man denken könnte, hat es gar keine Änlichkeit, und es fehlt hierfür auch jedes pathologische Merkmal. Ebensowenig hat die Annahme eines entwicklungsgeschichtlichen Ursprunges etwas Tatsächliches für sich, zumal keinerlei andere Entwicklungsstörung vorhanden ist. Weder von der Allantois noch vom Dottersacke ist ein solches Verhalten bekannt. Wenngleich für erstere ja der Ansatz am untersten Teile des Darmes zu verwerten wäre, ist doch die freie Entwicklung einer Blase beim Menschen nicht anerkannt, sie wächst von vornherein nur in Verbindung mit der vorderen Bauchwand; die Harnblase ist intakt. So bleibt nur die Möglichkeit, daß der Gebilde von der Serosa abstammt; denn es liegt innerhalb derselben, ist von ihr ganz umschlossen.

Wenn man die in Formol konservierten Membranen ansieht, haben sie genau das Aussehen einer vom Tierdarme abgezogenen Serosa, wie sie z. B. bei der Punktion seröser Pleuraergüsse zum Ventilabschluß der Kanüle gebraucht wird. Wie nun ist sie entstanden? Entzündliche Prozesse sind auszuschließen; fibrinöse, organisierte Pseudomembranen können in dieser Form und Ausdehnung nicht auftreten; zudem fehlen die Verwachsungen, ist der Bruchsack selbst intakt, sind die Intestina frei. Ein Bruchsack im Bruchsacke liegt nicht vor; denn wir haben ja gar keinen Sack, sondern ein feines, häutiges, zweiblättriges Gebilde. Aber was ist es nun? Es bleibt meiner Ansicht nach nur die Möglichkeit, daß wir es mit in den Bruchsack hineingezerrten, enorm ausgedehnten und veränderten Teilen des Peritoneum viscerale zu tun haben, wenn freilich auch diese Bildungsweise morphologisch nicht leicht sich vorzustellen ist.

Die Sache wird etwas einfacher, wenn man betreffend die Doppelseitigkeit annimmt, daß die in dem rechtsseitigen Bruchsacke sich findende Membran ursprünglich ebenfalls von dem eigentlichen, großen, linksseitigen Gebilde ausging, daß sie aus der Bauchhöhle durch den rechtsseitigen Leistenring trat, daß der

Stiel zerriß und eine neue lockere Anheftung in dem Bruchsacke sich herausbildete. Das läßt sich bei der Betrachtung der Photographie unschwer so deuten. Denken wir uns nun das Ganze auseinandergedreht, so können wir uns eine große zweiblättrige Haut vorstellen, aus der durch vielfache Abschnürungen, Einschnürungen und Torsionen jene komplizierte Figur entstanden ist. Das Ganze war ursprünglich im Bauche, und zwar an jenem Stiele, der in den Vesiko-Rektalraum führt, befestigt; die Wand besteht aus weitgedehnter Serosa, deren 2 Blätter sich aneinander verschieben lassen, zwischen denen aber eine Flüssigkeit anscheinend nie vorhanden war. Damit aber sind auch die einigermaßen begründeten Vermutungen erschöpft, und es geht ins Reich der Hypothese. Ist das Netz das Ausgangsgebiet, oder ist es ein anderer Teil des Peritoneums? Das Netz ist bei der Operation nicht zu Gesicht gekommen, also läßt sich über den derzeitigen Zustand desselben nichts sagen. Wäre jene Masse Netz, das durch Zerrung und Strangulation sein Fett verloren und seine Gefäße eingebüßt haben müßte, dann ließe sich der Ansatz im Vesiko-Rektalraum schwer erklären. Näher liegt die Möglichkeit, daß wir es mit einer enorm ausgedehnten Appendix epiploica zu tun haben. Das Fett wäre dann ebenfalls geschwunden, und so hätten wir zwei aneinander verschiebbare Serosablätter; die spärlichen Gefäße, die meist in dem interserösen Fett lagern, könnten leicht vollkommen abhanden gekommen sein. Die Ernährung der ganzen membranösen Masse hat ja jedenfalls durch direkte Nahrungsaufnahme aus der freien Bauchhöhle stattgefunden, da durch die torquierten Stiele keine Blutzufuhr erfolgte. Wäre diese Annahme richtig, bliebe immer noch die eigentümliche Art des Wachstums resp. der Ausdehnung der Massen unerklärt; denn wie konnte jene mächtige bimembranöse Scheibe entstehen, deren Torquierung und vielfache Abschnürung doch offenbar nicht gleich im Anfange der Entwicklung, sondern wahrscheinlich am Ende derselben sich vollzogen hat? Wie konnten die Gebilde wachsen, die doppelwändig waren, ohne daß anscheinend ein wirklicher Hohlraum, etwa mit Flüssigkeit gefüllt, bestanden hat? Möglich ist auch, daß wir es mit einer enorm gezerrten Serosafalte anderer Provenienz zu tun haben. Volle Klarheit ist mir über das Gebilde nicht geworden, das muß ich offen bekennen. In der Literatur, die mir hier zugänglich war, fand ich keinerlei Notiz über ähnliche oder gleiche Befunde, doch wäre ich für diesbezügliche Belehrungen dankbar.

---

13) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Sitzung vom 14. Juli 1902.

Vorsitzender: Herr Israel.

1) Herr Helbing: Regeneration langer Röhrenknochen nach Exstirpation bei Osteomyelitis.

Auf Grund zweier Beobachtungen empfiehlt H., auch bei den schwersten Fällen akuter Osteomyelitis, bei denen die Exartikulation der betreffenden Extremität in Frage kommt, zunächst es mit der totalen Entfernung des befallenen Knochens zu versuchen. Bei jugendlichen Individuen scheint eine ausreichende Restitution möglich, selbst dann, wenn das Periost vereitert ist. (Krankenvorstellung).

Diskussion: Herr Schoenstadt stellt einen Knaben vor, dem er wegen sehr schwerer Osteomyelitis die Tibiadiaphyse exstirpiert hat, und wo völlige Regeneration eingetreten ist mit einer Verkürzung von 3 cm (Demonstration des Röntgenbildes).

2) Olshausen: Impfmetastasen der Carcinome.

Herr O. hat zweimal nach Exstirpation eines carcinomatösen Uterus in dem tiefen Vaginalschnitt ein auf die Narbe desselben beschränktes Carcinom auftreten sehen. Er stellt eine Pat. vor, bei der im Jahre 1881 wegen doppelseitigen papillären Kystoms die Kastration ausgeführt war, und bei der vor einem halben Jahre an der rechten Bauchseite ein Tumor bemerkt wurde, der den Bauchdecken anzugehören schien.



Exstirpation. Der maligne Tumor ging von rechts genau bis an die Narbe heran und saß ihr breit an.

Auch bei gutartigen Ovarialkystomen hat O. Impfmetastasen im Bindegewebe entstehen sehen, über die er berichtet.

3) Herr Israel: Über die Leistungsfähigkeit der Kryoskopie des Blutes und des Harns und der Phloridzinmethode.

I. verneint die Frage, ob die funktionelle Nierendiagnostik in allen Fällen die Sicherheit gebe, die Suffiziens oder Insuffiziens der Gesamtfunktion und den proportionalen Anteil jeder Niere an dieser zu erkennen. Die Korányi-sche Methode der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes bietet nicht das Maß eindeutiger Sicherheit einer ausreichenden Gesamtleistung beider Nieren; denn es giebt Faktoren, welche unabhängig von der Nierenfunktion den Gefrierpunkt des Blutes beeinflussen. So ist manchmal bei malignen Tumoren der Nieren, bei Pyonephrosen und im Malariaanfall die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes trotz ausreichender Nierenfunktion zu groß, andererseits zu gering trotz Insuffizienz der Nierenfunktion bei Hydrämie. Die Erklärung Korányi's für die abnorme Gefrierpunktserniedrigung bei Tumoren, nämlich durch abdominelle Circulationsstörung infolge Raumbeengung, weist I. zurück; denn einerseits ist die Höhe des Blutgefrierpunktes nicht proportional ihrer Größe, andererseits hat er bei Carcinomkranken mit gesunden Nieren Gefrierpunktserniedrigung von 0,6 bis zu 0,8 beobachtet. Nicht das Volumen des Tumors bedingt die Erniedrigung des Gefrierpunktes, sondern die Resorption von Krankheitsprodukten.

Die Methoden, welche den Anteil jeder einzelnen Niere an der Gesamtarbeitsleistung bestimmen wollen, die Kryoskopie der gesondert aufgefangenen Harne und die Phloridzinmethode, geben kein absolutes Maß der Arbeit jeder Niere. Die Formulierung Casper-Richter's, daß die Leistung beider Nieren sich zu einander verhält wie die Gefrierpunktserniedrigung ihres Harns und ihr prozentualer Zuckergehalt nach Phloridzineinspritzung, könnte nur bei Ausscheidung gleicher Harnmengen richtig sein; es müßte also das Verhältnis der Funktionsfähigkeit jeder Niere dasselbe sein wie das Verhältnis der wirklich ausgeschiedenen Moleküle und Zuckermengen. Es kommen nun aber nach den Protokollen von Casper und Richter Schwankungen in dem Verhältnis der Ergebnisse dieser Methoden bis zu 30%, also weit über die Grenze der Untersuchungsfehler hinaus vor. Ja manchmal sind die Unterschiede derartig, daß die erwähnten beiden Methoden bei demselben Falle zu entgegengesetzten Schlüssen auf die Seite der Erkrankung führen. Ferner entspricht die Höhe der Zuckerausscheidung nach Phloridzininjektion nicht der Menge des noch funktionsfähigen Nierenparenchyms; denn das Verhältnis der Zuckerausscheidung ist auch bei verschiedenen Untersuchungen bei demselben Pat. in kurzen Zwischenräumen ein verschiedenes, ist auch verschieden, wenn Gefrierpunkt und die Menge des ausgeschiedenen N gleich sind, ja sie kann sogar gänzlich fehlen bei völligem Wohlbefinden des Pat. Auch ist bei fehlender Zuckerausscheidung mit Erfolg nephrektomirt worden.

I. verneint es daher, daß man zur Zeit durch diese Methoden entscheiden kann, ob die Nephrektomie mit der Gewißheit gemacht werden kann, daß die zurückbleibende Niere das genügende Maß von Funktionsfähigkeit besitzen wird.

Diskussion: Herr Richter bemerkt zunächst, daß er eine Mitteilung in dem Vortrage vermißt habe über die Erfahrungen, die Herr I. in seinen Fällen mit den Methoden der funktionellen Diagnostik bei Nierenerkrankungen gemacht hätte. Auch könnte er den theoretischen Auseinandersetzungen über den Wert der Methoden nicht ganz zustimmen. Wenn die Ergebnisse der beiden Methoden auch nicht immer einander parallel gehen, da sie ja von verschiedenen Bedingungen abhängig wären, so lieferte jede für sich nach seinen Erfahrungen Werte, aus denen man die augenblickliche Funktionsfähigkeit der Niere exakt bestimmen kann. Ob man aber jemals das von Herrn I. erstrebte Ziel erreichen wird, die Kompensationsfähigkeit der Nieren vorher zu diagnostizieren, das bezweifelt er.

Herr Casper giebt einen Überblick über seine in ca. 220 Fällen gemachten Erfahrungen. In allen Fällen hätten die aus den Untersuchungsergebnissen ge-

zogenen Schlüsse sowohl in Bezug auf die Erkrankung der einen Niere als auf die Funktionsfähigkeit der zweiten gestimmt. 72 Fälle wären durch Operation erhärtet, und zwar meist solche, bei denen die Diagnose auf Grund der Untersuchungen sehr frühzeitig gestellt werden konnte; ein Nierentod kam dabei nicht vor. Die Methoden gestatten in manchen Fällen eine sichere Diagnose zu stellen, besonders bei Nierentumoren, wo die übrigen völlig im Stiche lassen, und auch nach der negativen Seite bei krankhaften Prozessen in der Umgebung der Niere (Cholelithiasis, Appendicitis etc.) eine Erkrankung derselben auszuschließen. Nach Ausführung einiger die Präzision der Methode bestätigenden Sektionsbefunde hebt C. noch hervor, daß natürlich große Vorsicht bei der Beurteilung der Untersuchungsergebnisse am Platze ist.

Herr Israel konstatiert wesentliche Mißverständnisse seiner Ausführungen seitens der Herren Casper und Richter. Er habe nicht behauptet, daß sie aus den absoluten Werten der Untersuchungsergebnisse Schlüsse ziehen, sondern habe im Gegenteil von einer Methode, welche die Zulässigkeit einer Nephrektomie entscheiden will, verlangt, daß sie die absolute Funktionsgröße einer Niere vor der Operation feststelle. Die diagnostischen und operativen Resultate, welche Herr Casper heranzieht, seien keine wissenschaftlichen Beweise, da ebenso gute und bessere Resultate auf Grund anderer klinischer Untersuchungen erreicht worden sind.

4) Herr Wulf: Temporäre Ligatur der Arteria carotis communis.

Bei einer schon vor $^3/_4$ Jahr wegen eines Sarkoms der Temporalgegend auswärts operierten Pat. wurde vor der Operation des großen Recidivs prophylaktisch die Carotis communis freigelegt und durch einen ca. $^3/_4$ cm breiten Gummischlauch mittels Klemme leicht zusammengepreßt. Pat. starb 24 Stunden nach der nicht sehr blutigen Operation. Bei der Sektion fand sich ein infolge Zerreißung der Gefäßwand an der Ligaturstelle entstandener frischer $2^1/_2$ cm langer Thrombus in der Carotis. W. verwirft deshalb die temporäre Gefäßligatur; höchstens dürfte dieselbe bei dringenden Fällen und dann nur mit Hilfe einer die Gefäßwand flach aufeinander drückende Klemme ausgeführt werden.

5) Herr Röder: Ein Myom des Darmes.

Demonstration eines Darmmyoms, das von einem 87jährigen Manne stammt, der wegen einer kindskopfgroßen cystischen Geschwulst des Bauches, die stärkere Beschwerden verursachte, operiert wurde. Da die Cyste bei der Lösung platzte, mußte sie eingenäht werden. Bei der Sektion des am 3. Tage nach der Operation verstorbenen Pat. zeigte sich ein mit der Cyste im Zusammenhang stehender Tumor von Kindskopfgröße, der von einer Stelle des Dünndarmes ausging und denselben an der Verwachsungsstelle trichterförmig ausgezogen hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein typisches Myoma laevicellulare.

6) Herr Wulf: Ein Fall von Gastroenterostomie bei Magencarcinom.

Demonstration eines Präparates von Magencarcinom. Bei dem Pat., von dem dasselbe stammt, war $4^1/_2$ Jahre vor seinem Tode wegen eines den Pylorus einnehmenden großen inoperablen Carcinoms mit Netzmetastasen die Gastroenterostomie gemacht worden. Pat. war nach der Operation bis zu seinem Tode völlig wohl gewesen. Der Murphyknopf fand sich bei der Sektion noch im Magen, ohne Druckläsion erzeugt zu haben. **Hintze** (Berlin).

---

14) A. v. Pflugk. Spritze mit Heizschlange (Heizmantel) zur Injektion von Paraffinum solidum.

(Ärztl. Polytechnik 1902. Juli).

Zu obiger Spritze gehört 1) ein Spritzenmantel, 2) Kolben, 3) mehrere Kanülen, 4) die metallene Heizschlange (Heizmantel) mit Gummischläuchen und Quetschhahn. 1, 2 und 3 werden in 1%iger Sodalösung 5 Minuten gekocht und erst zum

Gebrauch zusammengeschraubt. Nr. 4 nebst Zubehör wird in Wasser 10 Minuten gekocht. Das Paraffin wird 1/2 Stunde auf 150° erhitzt, dann auf 70° abgekühlt und in die Spritze eingesogen, wo es durch die Heizschlange flüssig erhalten wird; in letzterer circuliert beständig heißes Wasser von 50—55°. Das Paraffin darf nur unter schwachem Druck injiziert werden. Abbild. im Original.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

15) **J. Bush.** The treatment of certain deformities by the subcutaneous injection of paraffin.

(Bristol med.-chir. journ. 1902. September.)

Verf. benutzt eine Mischung von Hart- und Weichparaffin mit einem Schmelzpunkt von 105° F. Um Eiterung und Venenthrombose zu vermeiden, darf die Mischung nicht zu heiß eingespritzt werden. In 2 Fällen von Sattelnase wurde ein gutes Endresultat erzielt, obwohl es bei einem der Pat. noch 3 Monate nach der Einspritzung zu leichter Eiterung und teilweiser Ausstoßung des Paraffins kam.

Mohr (Bielefeld).

16) **T. Cavazzani.** Sopra un caso di eviscerazione spontanea postoperatoria.

(Clinica chirurgica 1901. Nr. 11.)

C. reiht den 21 von Chavannaz gesammelten Fällen spontaner Evisceration nach Bauchoperationen einen eigenen an: 38jährige Frau, Carcinoma ventriculi; Explorativlaparotomie; Naht in 3 Etagen. Fieberloser Verlauf, kein Erbrechen, aber quälender Husten. Entfernung einiger Hautnähte am 10. Tage, exakter Verband, Bettruhe; in der Nacht unter starken Hustenstößen plötzlich heftiger Schmerz in der Wunde und Gefühl des Hinausdrängens eines Organs. Nach 14 Stunden wird der ganz durchnäßte Verband geöffnet, es liegen etwa 1,5 m oberer Dünndarmschlingen vor. C. wusch mit dünner Formalinlösung und reponierte (ohne Narkose) die Eingeweide und nähte mit durchgreifenden Nähten. Diese wurden am 12. Tage entfernt, die Narbe war fest. Die Frau erlag ihrem Leiden 62 Tage später, die Narbe war solid, aber zart.

(In einem Falle, bei welchem 8 Tage nach einer Ovariotomie bei einer 56jährigen Frau die Fäden entfernt wurden und einige Stunden später unter Ruptur der ganzen Narbe Netz und etwa 1 m Dünndarm vorfielen, nähte Gersuny nach einigen Stunden die Wunde von neuem. Heilung ohne weiteren Zwischenfall. Solche Fälle dürften nicht so selten sein. **J. Sternberg** (Wien).

17) **G. Coen** (Livorno). Ferita penetrante dell' addome con fuoriuscita di 30 cm del tenue, ferite nel tenue e nel mesenterio; laparotomia dopo circa 10 ore; guarigione.

(Clinica chirurgica 1902. Nr. 5.)

24jähriger Mann mit einer Stichwunde im linken oberen Viertel des Bauches, knapp neben dem Nabel beginnend, mehrere Centimeter lang. Es hängen circa 30 cm Dünndarmschlingen heraus, dunkelroth, matt, mit einem gelblichen Belag. 10 Stunden vorher die Verletzung; mehrere Stunden später entstand unter Hustenstößen der Vorfall. Im Bauch reichlich Blut; mehrere Stiche im Mesenterium können genäht werden, ebenso vier verschieden tiefe und lange Wunden im Dünndarm. Dann Waschung mit Kochsalzlösung, vollständiger Verschluß des Bauches. Heilung p. pr. int. **J. Sternberg** (Wien).

18) **O. E. Hagen-Torn.** Einige klinische Symptome und ihre Bedeutung bei Appendicitis.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 35 u. 37.)

Innerhalb 19 Jahren sah Verf. unter 13000 Kranken auf dem Lande 9 Fälle von Appendicitis und unter 130000 in einer großen Fabrik etwa 40 Fälle. Davon

waren nur 3 Frauen; eine vierte litt an Typhlitis (Verf. sah 5 Fälle von unzweifelhafter Typhlitis infolge Koprostase: Schmerzen, Resistenz, Temperatursteigerung, doch ging nach Abführmitteln nach ein paar Tagen alles zurück, ohne ein Infiltrat zu geben). Von 10 Kindern unter 15 Jahren starben 7; von den Erwachsenen nur 1 infolge zu später Operation. — Betreffs der Prognose ist die Lage des Wurmfortsatzes wichtig: hängt er ins kleine Becken herab oder ist er nach der Mittellinie zwischen die Darmschlingen gerichtet, so kann die Entzündung sich leichter auf den Darm und die ganze Bauchhöhle verbreiten, als wenn er dem Blinddarm anliegt: hier bleibt der Prozess leichter begrenzt. Auch die Lage des Infiltrates ist von Bedeutung: meist liegt es außen von der Mitte des Lig. Pouparti, oder medial davon, oder zwischen Spina ant. sup. und Nabel (s. Tabelle). In einem Drittel der Fälle begleiten Harnbeschwerden die Krankheit. Besprochen werden ferner die Tastung des Infiltrates, die Temperatur, die Verbreitungsweise der Schwellung. Interessant ist folgende Tabelle:

	Lage des Infiltrates			Summa
	lateral von der Mitte des Lig.	medial davon	zwischen Spina und Nabel	
Ohne Operation: Ohne klinische Symptome von Eiterung	14	3	2	19
Ohne Operation: Spontane Perforation in den Darm	6	1	1	8
Operiert: Lokale Eiterung — Inzision	4	1	2	7
Operiert: Allgemeine Peritonitis eitrige	—	—	3	3
Operiert: Allgemeine Peritonitis putride	—	1	4	5
Blasensymptome	3	3	11	17

Die Tabelle zeigt die Beziehungen zwischen Lokalisation des Infiltrates und Blasensymptomen, ferner bringt sie Hinweise auf die Prognose bei den verschiedenen Formen. —

Therapie: Verf. beginnt mit Abführmitteln (am besten Ol. ricini), wenn nicht Peritonitis dieselben kontraindiziert. Dann wird Opium in kleinen Dosen gegeben; täglich Darmeinläufe. In einigen Fällen wurde Belladonnatinktur versucht, doch zieht Verf. Opium vor. Im Intervall zu operieren hatte H.-T. keine Gelegenheit. Die Appendix braucht nicht unbedingt entfernt zu werden, sie atrophiert meist bei Vernarbung der Wunde. **Gückel** (Kondal, Saratow).

19) **Gage.** Ultimate results of operations for appendicitis.

(Boston med. and surg. journ. 1902. Oktober.)

300 Fälle hat G. vor dem 1. Oktober 1901 operiert und von diesen 228 verfolgt. Jede frische Appendicitis muß operiert werden, wann, ist in jedem Falle besonders zu entscheiden; in vielen Fällen wird die Frühoperation, womöglich wenige Stunden nach Beginn, die leichteste und gefahrloseste sein. Nur bei Vorhandensein akuter Peritonitis mit Darmlähmung und Meteorismus operiert G. nicht, dagegen wohl bei Fehlen des Meteorismus. Falls schon einige Tage seit dem akuten Anfall verstrichen sind und gewisse Besserung eingetreten ist, ist es besser in der anfallsfreien Zeit zu operieren. Dagegen soll der Eingriff nicht auf bloßen Verdacht hin unternommen werden. Bei der Operation selbst macht Verf. großen Schnitt, um bequemen Zugang zu haben ohne Rücksicht auf Gefahr eines späteren Bauchbruches. Der Wurmfortsatz wird, wenn möglich, entfernt. Sind zu starke Verwachsungen und die Gefahren einer Eiterverschleppung vorhanden, so bleibt er sitzen, wird event. später entfernt. Von den 300 Fällen wurden 240 im ersten

Anfall operiert, 15% Todesfälle. Bei 173 wurde der Wurmforsatz entfernt, 13% Todesfälle; bei 67 war die Entfernung unmöglich, 19% Todesfälle. Bei 26 fand sich schon allgemeine Peritonitis; bei diesen spülte G. die ganze Bauchhöhle, nach Entfernung des Wurmfortsatzes, mit reichlichen Mengen Kochsalzlösung aus; 8 davon genasen. Unter 60 im anfallsfreien Zwischenraum Operierten war nur 1 Todesfall. — Von den 228 erreichbaren Operierten hatten 42 Klagen allgemeiner Art über Verdauungs-, Menstruationsbeschwerden und Schmerzen in der Narbe. Bei einem Pat. mit letzteren wurde später eine Netzverwachsung von der Narbe gelöst, wonach die Beschwerden schwanden. 2mal blieben Kotfisteln bestehen. Bei 9% entwickelte sich ein Bauchbruch. Das Tragen einer Pelotte kann die Bildung eines solchen nicht verhindern. 9mal traten nach der Operation noch Anfälle von Appendicitis bezw. ähnliche Beschwerden auf. Bei 5 war der Wurmfortsatz gar nicht oder unvollständig entfernt. Da bei 54 im ganzen die Entfernung unmöglich war, bedeutet dies 10% Rückfälle. Bei einem wurde noch später die Entfernung vorgenommen und es fand sich, daß die zahlreichen Verwachsungen, die früher die Entfernung unmöglich machten, fast alle aufgesogen waren. Bei 60 im ganzen war nach der Operation das Allgemeinbefinden bedeutend gebessert, ebenso der Stuhlgang. Bei dreien derselben trat aber diese Besserung erst nach 3 Monaten bezw. 1 und 3 Jahren ein. **Trapp** (Bückeburg).

20) R. Calvini (Turin). Sopra un caso di appendicite erniaria.

(Clinica chirurgica 1902. No. 1.)

1jähriger Knabe, unter der Annahme einer eingeklemmten Epiplokele operirt. Der Bruchsack bildete die Wand eines Abszesses, in welchem der gangränöse Processus vermiformis lag; 8 cm lang, 1 cm von seiner Insertion inkarzeriert. Kein Kotstein, keine deutliche Perforation. Glatte Heilung. **J. Sternberg** (Wien).

21) A. Cosentino (Palermo). Contributo alla casistica delle ernie della vescica.

(Clinica chirurgica 1901. Nr. 9 u. 10.)

3 Fälle von Blasenhernien bei Frauen;

1) 34jährige Frau, seit 2 Jahren rechtsseitiger Schenkelbruch, seit 24 Stunden inkarzeriert. Bei der Operation zeigte sich am Schlusse der Herniotomie beim Pressen eine Vorwölbung über dem Lig. inguinale, welche bei der Isolierung einreißt und Harn entleert. Naht (mit Seide), Schluß der ganzen Wunde, Dauerkatheter, Heilung per primam. Nach 2 Monaten beginnen Blasenbeschwerden, nach weiteren 2 Monaten auch Abszessbildung in der Narbe. Sondenuntersuchung ergibt einen kleinen Stein; Lithotripsie mit dem Ergebnisse, daß das Zentrum des Phosphatsteines einer der Seidenfäden der Blasennaht war. Die Inzision des Abszesses fördert ebenfalls eine Schlinge der Blasennaht zu Tage. Glatte endgültige Heilung.

2) 26jährige Frau, kleiner rechtsseitiger Leistenbruch (Netz?). Bei der Operation der freien Hernie wird die vorliegende Blase eröffnet, erst später ein zarter zweiter Bruchsack gefunden. Naht mit Seide. Radikaloperation nach Bassini, Dauerkatheter. Wundheilung gestört, u. A. gelegentliche Sekretion von Harn aus der Wunde.

3) 48jährige Frau, seit 3 Jahren kleiner Schenkelbruch, seit 4 Tagen inkarzeriert. Operation, die Därme nicht brandig, werden reponiert, ein (anscheinendes) zartwandiges Bruchsackdivertikel eröffnet, wobei Harn ausfließt. Naht (Katgut) sehr schwierig. Tod am 5. Tage unter urämischen Erscheinungen. Gangrän der Blasenwand, welche überall stark verdünnt ist und zahlreiche Divertikel bildet.

J. Sternberg (Wien).

22) Zentner. Über einen Fall von oberer seitlicher Bauchwandhernie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 50.)

Der nachfolgende in der chirurgischen Abteilung des Wiener Karolinen-Kinderspitals (Dr. Alex. Fränkel) beobachtete und operierte Fall ist zugleich der erste, der durch ein operatives Eingreifen zur Heilung gebracht wurde.

Er betrifft ein 6jähriges Mädchen mit gering entwickelter Bauchmuskulatur, bei welchem lange bestehende Bronchitiden und Keuchhusten die Widerstandsfähigkeit des schwachen Punktes in der oberen seitlichen Bauchgegend noch mehr herabgesetzt haben. Ein verhältnismäßig geringes Trauma (die Mutter riß das Kind mit einem jähen Ruck an der Hand empor, um es vor dem Ausgleiten zu schützen) genügte, um die Entstehung der Hernie auszulösen. (Am Tage darauf bemerkte die Mutter zuerst die beim Sitzen und Pressen etwa hühnereigroße Geschwulst.)

Bei der Operation zeigte sich eine walnußgroße Vorstülpung des Bauchfelles, die in infolge Auseinanderweichens der Fasern des M. transversus abdominis entstandener Lücke ausgetreten ist. Der Inhalt bestand aus vorgefallenem Netz. Schichtweise Naht des Bauchfelles, der Muskeln und der Haut. Heilung.

Zu bemerken ist, daß vor der Operation, die anfangs abgelehnt wurde, das Tragen eines Mieders mit Pelotten auf der Bruchpforte auch nicht den geringsten Erfolg aufwies, während Bayer seinen Fall dadurch zur Heilung brachte.

Hübener (Dresden).

23) **G. Ceccopieri e T. Scarrone** (Massa-Carrara). Su cento casi di ernia.

(Clinica chirurgica 1901. Nr. 11.)

Die 109 Fälle von Hernien, über welche die Verff. berichten, verteilten sich auf 85 Männer und 15 Frauen zwischen 1 und 82 Jahren. 91 Hernien waren einfache oder einseitige, 8 doppelseitig gleiche (inguinal), eine je inguinal und crural; ferner 5 Nabelbrüche, 8 Schenkelbrüche (6 Frauen), 96 Leistenbrüche; 10mal war der Bruch eingeklemmt, 7mal theilweise irreducibel. Dem Inhalt nach wurde in 11 Fällen Dünndarm und Netz, in 8 Dickdarm, in 2 Adnexa uteri, in je einem Dünndarm mit Blase und Blase allein gefunden. Diese letzteren betrafen Männer mit rechtsseitigen Leistenbrüchen. Von den Dünndarmhernien ist ein Darmwandbruch, ferner ein Fall von Bruchsacktuberkulose und Ectopia testis inguinalis erwähnenswert. — Unter den eingeklemmten Brüchen bestand in 3 Fällen Gangrän, weswegen Resektion, Naht mit Murphyknopf mit bestem Erfolge, sogar Heilung per primam int. — Bei den freien Hernien des Leistenkanals wurde nach Bassini operiert. Die Hautnähte wurden früh, meist am 5. Tage entfernt; manchmal gab es ganz umschriebene Eiterungen, entsprechend den zur versenkten Naht verwendeten Katgutfäden. — Für die Schenkelbrüche wurde meist die Salzer'sche, für die Nabelbrüche die Condamin'sche Operationsmethode gewählt.

Was die Dauererfolge betrifft, so konnten C. und S. Folgendes erheben: 69 Pat. (von 100) konnten nachuntersucht werden, mit 70 Leisten-, 4 Schenkel- und 2 Nabelbrüchen. Ein Nabelbruch blieb seit 10 Jahren geheilt, 45 Leistenbrüche, vor mehr als 2 Jahren operiert, wiesen 3 Residive, 25 jüngere Fälle keine auf. — Die interessanteren Fälle sind ausführlich wiedergegeben.

J. Sternberg (Wien).

24) **Matanowitsch.** Die Dauerresultate der Bassini'schen Radikaloperation bei Leistenbrüchen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIV.)

Anschließend an die Arbeiten von Wolf und Simon aus der Heidelberger Klinik über die in den Jahren 1887—1895 bei Radikaloperationen von Leisten- und Schenkelbrüchen geübten Operationsmethoden und ihre Endresultate bringt M. auf Grund der von Anfang 1895 bis Anfang 1900 in der Heidelberger Klinik ausgeführten Radikaloperationen nach Bassini einen Beitrag zur Beurteilung des Wertes dieser Operationsmethode. Sie kam in diesem Zeitraum 107mal zur Anwendung. In 3 Fällen (2,8%) kam es zum Rezidiv.

Die Hauptschlüsse, welche M. aus seinen Betrachtungen zieht, sind folgende:

1) Bei schwereren Fällen und bei einfacher liegenden inkarzerierten Hernien leistet die Bassini'sche Radikaloperation das meiste, und da sie den anderen

Methoden auch sonst nicht nachsteht, verdient sie als Normalverfahren angesehen zu werden.

2) Wundeiterung nach der Bassini'schen Operation beeinträchtigt die Dauerresultate nicht. **Blauel** (Tübingen).

25) **G. Heaton.** Five cases of perforated gastric ulcer treated by abdominal section and suture.

(Brit. med. journ. 1902. Juli 12.)

4mal saß die Perforation an der vorderen Magenwand. Wegen der im Anschluß an den Durchbruch entstandenen diffusen Peritonitis wurde 3mal operiert. Bei einer Kranken, welche 27 Stunden nach dem Einsetzen der bedrohlichen Symptome operiert wurde, kam die Peritonitis zum Stillstand, Pat. genas. Eine andere, welche schon 4½ Stunden nach eingetretener Perforation zur Operation kam, ging zugrunde. Es fand sich dabei in der Bauchhöhle eine große Menge einer gallig gefärbten Flüssigkeit. Die Perforation saß an der vorderen Magenwand nahe dem Pylorus. In dem 3. Falle — die Perforation der vorderen Magenwand lag versteckt unter dem Rippenbogen und konnte nur mit Mühe zugänglich gemacht werden — ging anfänglich alles gut, bis am 10. Tage nach der Operation abermals die Temperatur stieg. Eine tiefsitzende Eiterung war sicher, mehrmalige Probepunktionen gaben indessen keinen Aufschluss. 14 Tage später ging Pat. zugrunde. Bei der Sektion fand sich neben einem rechtsseitigem Empyem ein Abszess zwischen Zwerchfell und rechtem Leberlappen, ein weiterer zwischen Zwerchfell und Milz, ein dritter zwischen Colon transversum und der Flexura sigmoidea. Mit dem rechtsseitigen subphrenischen Abszess kommunizierte eine große Eiterhöhle im rechten Leberlappen.

In 2 weiteren Fällen war der Verlauf ein chronischer. Ein 38jähriger Mann bekam im Anschluß an eine Mahlzeit starke Schmerzen im Leibe, kollabierte stark, erholte sich, mußte aber 3 Wochen später an linksseitigem subphrenischem Abszess operiert werden; es entleerte sich Eiter und Mageninhalt. Nach längerer Zeit trat Heilung ein.

Im 5. Falle wurde die Kranke schwer kollabiert ins Hospital gebracht, erholte sich jedoch schnell wieder, scheinbar vollständig. Man konstatierte nur pleuritisches Reiben über der unteren linken Lungenpartie. Plötzlich, 3 Wochen später, setzte eine akut Peritonitis ein. Die Laparotomie ergibt einen Abszess zwischen Magen und Leber und eine durch Verwachsungen geschlossene Perforation der vorderen Magenwand. Tod an Peritonitis. **Weiss** (Düsseldorf).

26) **K. Grassmann** (München). Tödliche Blutung in die Bursa omentalis, unter dem Bilde des akuten Darmverschlusses verlaufend.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 32.)

Bei einem 54jährigen Manne war plötzlich Übelkeit, Brechreiz, Schmerzhaftigkeit, Spannung und Auftreibung des Leibes, besonders in seinen oberen rechtsseitigen Teilen, und Ohnmachtsgefühl eingetreten, ohne daß Zeichen von Anämie bestanden; Gase oder Kot konnten nicht entleert werden, der Puls war voll, regelmäßig, nicht beschleunigt. Pat. bekam heftige Atemnot und kollabierte rasch, erholte sich aber nach einigen Stunden wieder, so daß unter Schleich-scher Anästhesie der Bauchschnitt ausgeführt werden konnte (Brunner). Bei Eröffnung des Leibes, aus dem sich die nicht auffällig geblähten Därme hervordrängten, ergoß sich aus ihm eine mächtige Menge flüssigen und geronnenen Blutes, weshalb das Einstopfen von Gazetampons gegen die vermutete Quelle der Blutung in der Gegend der unteren Fläche der Leber notwendig, die Fortsetzung der Operation aber unmöglich wurde. Pat. starb 35 Stunden nach Beginn der Erkrankung. Die Sektion ergab, daß die Blutung infolge von Arrosion einer größeren Leberkapselvene durch ein schnell wachsendes Adenom des Lobus Spigelii entstanden war und sich das Blut in die Bursa omentalis ergossen hatte; die Leber zeigte beginnende Cirrhose etc. Der während des Lebens vorhandene

Symptomenkomplex eines akuten Darmverschlusses war durch das Hämatom der Bursa omentalis, welches zu einer Kompression des Colon transversum und Zwerchfelles geführt, verursacht werden. **Kramer** (Glogau).

27) **H. Braun.** Über den angeborenen Verschluß des Dünndarmes und seine operative Behandlung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIV.)

B. hatte Gelegenheit, einen Fall von Atresia ilei zu beobachten und zu operieren. Abgesehen von der Seltenheit des Vorkommens eines solchen angeborenen Dünndarmverschlusses, bot dieser Fall noch das Interessante, daß sich als Ursache für den etwa 10 cm oberhalb der Valvula Bauhini sitzenden Verschluß eine in früher Fötalzeit ausgebildete Invagination herausstellte welche sich allerdings nur mikroskopisch nachweisen ließ. Die ausgeführte Operation bestand in Anlegung] einer Enteroanastomose. Schon während der Operation mußte an dem Erfolg gezweifelt werden; der 12 Stunden später erfolgende Tod rechtfertigte die Befürchtung. Nach kurzer Darlegung und Besprechung der verschiedenen Ansichten über die Ätiologie des angeborenen Dünndarmverschlusses stellt Verf. die bisher ausgeführten Operationen dieses Leidens, im ganzen 25, zusammen. Sie haben das gemeinsam, daß der Ausgang stets ein tödlicher war. B. empfiehlt nach den bisherigen Erfahrungen und auf Grund theoretischer Erwägungen als einzige, irgendwie Aussicht auf Erfolg bietende Operation die Enterostomie nach Einnähung beider verschlossenen Darmenden in die Bauchwand.

Blauel (Tübingen).

28) **Dogliotti.** Stenosi cicatriziale di un' unica ulcera tubercolare del tenue.

(Gazz. med. ital. 1902. Nr. 38.)

Mädchen ohne tuberkulöse Antecedentien. Seit 4 Monaten Anfälle von Koliken, Erbrechen, das, anfänglich selten, immer häufiger wurde, Abmagerung, Auftreibung des Leibes, sichtbare peristaltische Bewegungen, Dämpfung und Plätschergeräusch im unteren Teile des Bauches, keine fühlbare Geschwulst. Diagnose: Dünndarmstenose. Laparotomie. Hochgradige Stenose einer hochgelegenen Schlinge; die Lichtung narbig verengt, so daß kaum die Kleinfingerkuppe durchgeht. Resektion. Heilung. Mikroskopisch Narbengewebe mit zahlreichen eingestreuten Riesenzellen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

29) **P. Ostermaier** (München). Zur Darmwirkung des Atropins.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 36.)

In 6 Fällen von Brucheinklemmung hat sich dem Verf. das Atropin in 1- bis mehrmaligen Injektionen von je 1—2 mg in kurzen Pausen so bewährt, daß er für die primäre Anwendung dieses Mittels an Stelle der Taxis, nicht der Herniotomie, bei äußeren Inkarzerationen und an Stelle der ungeeigneten Opiumtherapie, nicht der Laparotomie, beim Ileus eintreten zu müssen glaubt. Er führt die Wirkung des Atropins auf eine Anregung der Peristaltik und Beruhigung der stürmischen Peristaltik, sowie auf eine Verengerung der Mesenterialgefäße zurück. In obigen 6 Fällen erfolgte die Reposition des Bruches nach der ersten oder nach wiederholter Atropininjektion spontan; die Einklemmung bestand 3—10 Stunden.

Kramer (Glogau).

30) **R. F. Weir.** A new use for the useless appendix in the surgical treatment of obstinate colitis.

(New York med. record 1902. August 9.)

Die operative Behandlung schwerer ulcerativer Kolitis ist mehrfach mit Erfolg versucht morden, so 1901 von M u r r a y (Surgical treatment of amoebic dysentery, Annals of surgery, Mai 1901), dann von K e i t h 1895 durch eine rechtsseitige

inguinale Kolostomie wegen Colitis membranacea, und von Bolton, welcher nach Art der Kader'schen Gastrostomie eine cökale Fistel anlegte. Auch W. hat bei einem 30jährigen Manne, der täglich seit 2 Jahren 10—15 teils eitrige, teils blutige Stühle hatte, eine solche Fistel angelegt und mit gutem Erfolg durch reichliche Salzspülungen gewirkt. Auch 5%ige Methylenblaulösung, 1—5 pro Mille Argentum nitricum und Bismuth-Stärkeeingießungen sind zu empfehlen, während für diejenigen dysenterischen Prozesse, welche durch Amöben hervorgerufen werden, Chininlösungen auf den Philippinen gebraucht wurden.

Einen neuen Weg beschritt W. bei einem durch jahrelange Diarrhöen und Blutungen sehr heruntergekommenen 31jährigen Manne. Der Wurmfortsatz präsentierte sich bei der Besichtigung des Blinddarmes so verlockend, daß er diesen in die Wunde einnähte, um ihn als Fistelgang zur Behandlung des Darmes zu benutzen. Der Erfolg war frappierend, und der Vergleich mit der Kader'schen Methode schien zu Gunsten des neuen Verfahrens zu sprechen, weil eine größere Sicherheit gegen Infektionen durch diesen bereits präformierten Kanal geschaffen wird. Es wurde übrigens vor Schluß der Operation die Durchgängigkeit des Wurmfortsatzes mit einem Nélaton festgestellt, dann aber zunächst durch eine Ligatur ein Abschluß geschaffen, welcher am nächsten Tage schon entfernt wurde; nach 2 Tagen begann die Irrigation. 2 Monate später war auffallende Besserung des Allgemeinbefindens festzustellen.

Als Nachbehandlung der Fistel kommt die einfache Paquelinisierung oder schließlich die Resektion des Wurmfortsatzes in Betracht.

Loewenhardt (Breslau).

31) **Kessler.** Bericht über 31 Fälle von Dickdarmtumoren.

Inaug.-Diss., Jena, 1902.

K. bespricht eingehend 31 Beobachtungen von bösartigen Dickdarmgeschwülsten der Jenenser Klinik (seit 1889), resp. 28, die zur Operation kamen. Bei den letzteren ließ sich nur 15mal die Exstirpation ausführen (1 Myxosarkom des Blinddarmes, 3 Karzinome des Colon ascendens, 1 Carcinoma flexurae hepaticae, 2 Karzinome des Colon transversum, 1 Karzinom des Colon descendens, 7 Carcinomata flexurae sigmoideae). 20 dieser Radikaloperierten sind geheilt entlassen; die Heilungsdauer betrug bei ihnen 1mal 7 Jahre, 2mal 2 Jahre, 2mal 1 Jahr, 1mal (dem zuletzt Operierten) bisher 6 Monate. **Gross** (Jena).

32) **G. Marchant.** Traitement des fistules recto périnéales et recto vaginales par l'abaissement de la muqueuse rectale.

(Presse méd. 1902. Nr. 22.)

M. brachte eine nach Operation entstandene Rekto-Perinealfistel, durch welche sich ein Teil der Mastdarmschleimhaut hernienartig nach außen vorstülpte, dadurch zur Heilung, daß er die Mastdarmschleimhaut ablöste, aus dem After so weit herauszog, bis die von der Fistel durchsetzte Stelle außen lag und ein ringförmiges Stück Mastdarmschleimhaut, welches diese Stelle mit in sich begriff, resezierte, während er am After einen schmalen Saum stehen ließ. Dieser schmale Saum wurde mit der oberen Mastdarm-Schleimhautwunde wieder vereinigt. Anfrischung der Fistel vom Damme aus, Heilung. **Bertelsmann** (Hamburg).

33) **F. Parona** (Novara). Voluminosa splenomegalia malarica stranamente lobulata e inoperabile, guarita colle injezioni sottocutanee jodo-jodurate.

(Clinica chirurgica 1902. Nr. 5.)

50jährige Frau, seit Kindheit an Malaria leidend, zeigt eine Geschwulst, die den ganzen Bauch bis an die rechte Spina iliaca und die Leber ausfüllt und mehrfache tiefgreifende Lappung aufweist. P. wendete subkutane Jodjodkaliuminjek-

tionen und später Chinin-Jodkaliuminjektionen an. Nach einiger Besserung Explorativlaparotomie, welche wegen enger Verwachsungen mit den anderen Organen die Exstirpation ausschließt. Unter fortgesetzten Einspritzungen schwindet die Schwellung um mehr als die Hälfte. Heilung noch nach einem Jahre unverändert.

J. Sternberg (Wien).

34) **T. J. Romanow.** Primäre Milztuberkulose.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 11.)

R. beobachtete seinen Fall auf dem Sektionstisch. Über den Krankheitsverlauf konnte wenig festgestellt werden: der 80 Jahre alte Pat. kam mit schweren Erscheinungen ins Krankenhaus und starb nach 4 Tagen. Bei der Sektion fand man die Milz 21×15×10 cm groß, 2085 g schwer; außerdem waren 2 Nebenmilzen vorhanden, eine 1,8 cm im Durchmesser, kugelförmig, die andere 2,7 cm lang, 1,5 cm breit. Die Milz ist, wie auch die Nebenmilzen, tuberkulös affiziert; außer zahlreichen kleinen Tuberkeln finden sich anscheinend trocken-käsige Herde bis 1 cm im Durchmesser. — Die Leber ist von ziemlich normaler Größe, außen und am Durchschnitt von Tuberkeln besät. Die übrigen Organe zeigen keine Symptome von Tuberkulose. Mikroskopisch fand man in der Milz typische Tuberkel, Riesenzellen und Bazillen; dasselbe in der Leber, nur späteren Ursprungs.

In der Literatur fand R. nur noch 3 Fälle, die von Collet und Gallavardin bearbeitet sind; nach deren Nomenklatur gehört der Fall R.'s zum Typus Splenohepaticus.

Gückel (Kondal, Saratow).

35) **F. Bommarito.** Sulla ptosi splenica a proposito di una splenectomia.

(Clinica chirurgica 1901. Nr. 10.)

B. hat Gelegenheit gehabt, eine ektopische Milz von besonderer Größe zu exstirpieren und knüpft an die Mitteilung des klinisch interessanten Falles einige kritische Bemerkungen. — 24jährige Frau hat als Kind Malaria mit erfolgreicher Chinintherapie durchgemacht. Seit einigen Jahren gelegentlich starke Schmerzen in der linken Flanke. Zwei Schwangerschaften ohne Zwischenfall. Zufällig bemerkte Pat. eine orangengroße Geschwulst im Bauche in Nabelhöhe, welche allmählich bis an den Darmbeinkamm sank. Die Schmerzen häuften und steigerten sich, waren von schweren Collapsen gefolgt, Brechreiz, Harndrang stellten sich ein und wurden schließlich so regelmäßig, daß sie allmonatlich je 8 Tage dauerten. Die Untersuchung ergab eine allseitig bewegliche halbkuglige Geschwulst ohne deutliche Furchung mit glatter Basis und anscheinender Stielung ins kleine Becken, wo sie vaginal vor dem Uterus getastet werden kann. Die Diagnose schließt Wandermilz und Wanderniere aus und nimmt Cystovarium sinistrum an. — Bei der Operation (Beckenhochlagerung) zeigte sich die Geschwulst sofort als enorme Wandermilz, welche durch zarte aber feste Verwachsungen praeuterin fixirt war; Exstirpation leicht, Gewicht 3500 g. Heilung p. pr. Der exstirpierte Stiel war in Torsionsstellung.

J. Sternberg (Wien).

36) **N. Biaghi.** Ferita transfossa dello stomaco e ferita della cisti fellea.

(Policlinico 1902. Ser. chir. 9.)

2 Fälle von Stichverletzung der Gallenblase. Beide Male wurde laparotomiert; im ersten trat trotz glatter Heilung mehrtägiges hohes Fieber auf; im anderen am 9. Tage ein Kolikanfall, nach B. vielleicht bedingt dadurch, daß ein durch Naht nekrosiertes Schleimhautstückchen sich abstieß und die Gallenwege passierte. Beide Male bestand galliger Erguß in die Bauchhöhle. — Die Symptome der Gallenblasenverletzung sind, abgesehen davon, daß meist Verletzungen anderer Organe sich mit ihr vergesellschaften, sehr verschieden und unsicher. Als wichtigstes bezeichnet B. das Erscheinen der Gmelin'schen Reaktion. Experimente an Hunden

zeigten, daß in die Bauchhöhle injizierte Galle im Urin schon nach 35—55 Minuten erscheint. — Da man jetzt bei penetrierenden Verletzungen früh operiert, wird man selten das sekundäre Krankheitsbild treffen, welches durch die entzündlichen adhäsionsbildenden Reize der Galle zu Stande kommt. — Zur Behandlung kommt in erster Linie die Naht der Blase, event. ihre Exstirpation in Betracht, selten wird man sich mit Tamponade begnügen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

37) **Loubet.** Plaie du foie par coup de couteau.

(Presse méd. 1902. Nr. 30.)

Laparotomie zur Naht einer Leberstichwunde, welche durch starke Blutung das Leben bedrohte.

Die Blutstillung gelang durch 4 Katgut-Knopfnähte. Heilung.

Bertelsmann (Hamburg).

38) **Eschenhagen.** Über einen Fall von Fistelbildung zwischen den Gallenwegen und einem Bronchus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 30.)

Ein im Verlauf einer Cholangitis entstandenen Leberabszess war in die rechte Lunge durchgebrochen und hatte dadurch eine umschriebene Gangrän mit massenhaftem Auswurf verursacht. Wie die Sektion ergab, war der Abszess fast entleert. Auffallend war ferner das Fehlen der Leukocytose bei dieser intensiven eitrigen Entzündung. **Borchardt** (Posen).

39) **Antonelli.** Contributo alla operazione di Talma. Nell' ascite da cirrosi epatica malarica.

(Gazz. med. ital. 1902. Nr. 33 u. 35.)

A. machte die Talma'sche Operation (in der Grisson'schen Modifikation) wegen Ascites und Lebercirrhose in Folge Malaria. Milz sehr groß, Leber stark höckerig, geschrumpft. Nach der Operation Erbrechen, Ödem, Schlaflosigkeit, Versiegen der Urinfunktion und Wiederansteigen des Ascites. Die Ursache sucht A. in einer breiten Intoxikation der Niere durch die Einleitung des Portalblutes in den allgemeinen Kreislauf. Mehrere Punktionen wurden neben Diureticis nothwendig. Mit Vermehrung der Urinsekretion blieb der Ascites aus, auf dem Bauche entwickelte sich ein reichliches venöses Netz.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

40) **S. M. Melkich.** 2 Fälle von chronischer indurativer Pankreatitis. Die Diagnose der chronischen Pankreatitis.

(Prakt. Wratsch 1902. Nr. 38—41.)

M. beschreibt 2 Fälle. Im ersten Falle litt die 38 Jahre alte Pat. seit Dezember 1899 an chronischem Ikterus mit vorübergehender Besserung nach Bädern, Mineralwasser, Arsen subkutan. Zuweilen ist eine Geschwulst in der Gegend des Pankreas zu fühlen. Februar 1901 Operation (Prof. Bobrow): Hydrops der Gallenblase; Ductus choledochus am Ende undurchgängig. Im Pankreaskopf eine walnußgroße Geschwulst. Im Lig. hepato-gastricum Verwachsungen. Cholecystojejunostomie. Im August fühlte sich Pat. wohl; der Ikterus war geschwunden. — Fall 2 ist schon früher von Prof. Bobrow beschrieben (Die Chirurgie 1899 Nr. 28, russisch) und in diesem Blatte referiert. Hier verlief die Krankheit bei der 22 Jahre alten Pat. unter dem Bilde von Gallensteinkoliken mit Temperatursteigerung bei jedem Schmerzanfall. Bei der Operation fand man Verwachsung der Leber mit dem Querdarm und dem Netz, und im Pankreaskopf eine faustgroße, aus 3 Teilen bestehende Geschwulst. Lösung der Verwachsungen. Heilung. —

Beide Fälle wurden erst während der Operation richtig erkannt. Für Pankreaserkrankung sprechen Diabetes, Steatorrhoe, Vorhandensein zahlreicher unverdauter Muskelfasern im Kot, besonders aber eine tastbare Pankreasgeschwulst. Schwer

ist die Diagnose bei Fehlen dieser Symptome. Oft verläuft die chronische Pankreatitis unter dem Bilde eines hartnäckigen Icterus catarrhalis; hier hilft zuweilen die Glutoidreaktion Sahli's oder die Salolprobe Mortynow's. Eine andere Reihe der Fälle verläuft unter dem Bilde einer Cholelithiasis. Wichtig ist folgendes: entwickelt sich der Ikterus nach und nach mit Kolikanfällen ist die Gallenblase vergrößert unter Symptomen einer chronischen Cholelithiasis, und ist die Haut von olivengelber Färbung, so muß man eher an Pankreatitis, als an Gallensteine denken; dasselbe gilt vom Vorhandensein einer Geschwulst in der Pankreasgegend; doch kann letzterer für die Gallenblase gehalten werden (Fall 2). Noch schwerer zu erkennen sind die Fälle, wo sich die Pankreatitis zu Gallensteinkrankheiten gesellt (Riedel's Fälle). — Bei chronischem Ikterus infolge Verlegung des Ductus choledochus ist also an die Möglichkeit einer Pankreatitis zu denken. **Gückel** (Kondal, Saratow).

41) **E. G. Stumme.** Unsere Erfahrungen über die Cocainisierung des Rückenmarks nach Bier.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.)

In der v. Mikulicz'schen Klinik wurde 62mal die Cocainisierung des Rückenmarks vorgenommen, und zwar mit 1- und 2%igen Cocainlösungen 55mal, mit einer 5%igen Lösung von Tropacocain 7mal. In 40 Fällen trat vollkommene Analgesie ein, 9mal nur unvollkommene, in 12 Fällen blieb sie vollständig aus.

Nach der Injektion resp. dem Eintritt der Analgesie fanden sich häufig eine Reihe sehr unangenehmer Nebenwirkungen, wie Übelkeit, Erbrechen, Schweißausbruch, allgemeine Beklemmungsgefühle, oftmals ein intensiver Tremor des ganzen Körpers. 2mal erfolgte richtiger Kollaps. Die Nachwirkungen waren teilweise ebenfalls äußerst unangenehm. Sie bestanden in anhaltendem Erbrechen, Kreuz- und Rückenschmerzen, sowie heftigen Kopfschmerzen. Einige Male trat geringe Harnverhaltung ein. Diese sehr unangenehmen Neben- und Nachwirkungen sowie die Unverläßlichkeit des Verfahrens sind die Veranlassung gewesen, daß an der Breslauer Klinik von der Bier'schen Cocainisierung des Rückenmarks wieder Abstand genommen wurde. **Blauel** (Tübingen).

42) **F. Zahradnický** (Deutschbrod). Narkosenstatistik.

(Časopis lékařů českých 1902. Nr. 31.)

Dem Beispiele Gurlt's folgend, wandte sich Autor mittels eines Fragebogens an die beteiligten Kreise in Böhmen behufs Zusammenstellung einer Statistik der Narkose und erhielt das Material von 4 Kliniken, 34 öffentlichen Krankenhäusern und Sanatorien und 22 Privatärzten zur Verfügung. Im ganzen sammelte er 30109 Narkosen. Davon entfielen auf die verschiedenen Präparate des Chloroforms 22645 Narkosen mit 68 Asphyxien und 10 Todesfällen, auf Äther 1217 Narkosen mit 10 Asphyxien und 1 Todesfall; gemischte Narkosen (Beginn mit Chloroform, Fortsetzung mit Äther) wurden 227 mit 8 Asphyxien vorgenommen, Narkosen mit einem Gemisch von Chloroform und Äther 233 mit 3 Asphyxien, mit Billrothmischung 5224 mit 42 Asphyxien und 1 Todesfall, schließlich mit einem Gemisch von Chloroform und Spirit. terebinth. 421 ohne üble Zwischenfälle; der Rest — 142 Narkosen — entfällt auf Bromäthyl, ebenfalls ohne üble Zufälle. — Von den Chloroformpräparaten bewährte sich am besten die Marke Anschütz: 1 Asphyxie auf 365 Fälle, kein Todesfall bei 3290 Narkosen. **G. Mühlstein** (Prag).

43) **Wormser.** Über Hautgangrän nach subkutaner Infusion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 41.)

W. sah nach subkutaner Infusion physiologischer Kochsalzlösung am Oberschenkel ausgedehnte Gangrän eintreten und glaubt, daß die von Baisch gegebene Erklärung, der Sodagehalt der Tavel'schen Lösung trage die Schuld, nicht haltbar sei. **Borchard** (Posen).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 2. Sonnabend, den 10. Januar. 1903.

I.

Mobilisierung des Duodenum und Gastroduodenostomie.

Von

Theodor Kocher in Bern.

Abgesehen von einigen völlig unbegründeten Angriffen gegen die von mir empfohlene Methode der Pylorusresektion mit folgender Gastroduodenostomie ist es wohl anerkannt, daß durch die letztere die bei weitem günstigsten Verhältnisse hergestellt werden für den Abfluß des Mageninhaltes. Es gibt kein Verfahren der Gastroenterostomie, bei welchem man so sicher alle Gefahr eines Rücktrittes von

Darminhalt, Galle und Pankreassaft in den Magen verhüten kann, wie mit diesem Verfahren.

Es ist deshalb natürlich, daß andere Autoren den Versuch gemacht haben, dieses Prinzip auf andere Affektionen auszudehnen mit entsprechender Modifikation.

Nach Villard[1] hat Jaboulay schon 1892 (einige Jahre nach Publikation meiner Methode, von welcher weder Jaboulay noch Villard im Jahre 1900 irgend eine Kenntnis gehabt zu haben scheint) den Gedanken geäußert, eine »Anastomose gastroduodenale« herzustellen bei Pylorusstenosen, und hat 1894 mit unglücklichem Erfolge operiert, indem er eine Falte der vorderen Magenwand mit dem Duodenum durch einen Murphyknopf verband.

Im April 1897 hat dann Villard diese Operation in verbesserter Form wieder aufgenommen. Er veröffentlichte 1900 3 Fälle dieser von ihm Gastro-duodenostomie sous-pylorique genannten Operation, wovon zwei mit Erfolg, und spricht in einer Fußnote von zwei weiteren Fällen, die er operiert habe und in einer zweiten Fußnote von einem weiteren glücklichen Falle.

Villard gibt sehr gute und genaue Vorschriften für die Ausführung dieser Operation, kommt aber für dieselbe zu einer immer noch beschränkten Indikation, obschon er die seiner Zeit von mir für die Gastroduodenostomie hervorgehobenen Vorteile gegenüber den gewöhnlichen Gastrojejunostomien gebührend anerkennt. Er sagt über die Indikation folgendes:

Die Gastroduodenostomie ist nicht bestimmt, ihre Vorgänger — die Pyloroplastik und Gastroenterostomien — zu ersetzen, aber sie ist zwischen diese beiden zu stellen, wo für die eine oder andere sich Kontraindikationen ergeben.

Im Zentralblatt für Chirurgie 1898 Nr. 29 veröffentlicht Henle einen Fall von Gastroduodenostomie aus der Klinik von Prof. v. Mikulicz, wo die Pyloroplastik bei einer Stenose sich als unmöglich erwies, aber das durch Narbenzug bedingte Aneinanderliegen der großen Kurvatur an der Pars superior duodeni zu einer Verbindung beider Teile einlud. Dieselbe wurde mittels Naht bewerkstelligt und hatte raschen, vollkommenen Erfolg.

Henle kommt zu dem Schluß, daß die Gelegenheit zur Ausführung der beschriebenen Operation »sich nicht oft bieten werde«. »Die meisten Fälle, welche für die Vornahme der Pyloroplastik nicht geeignet seien, werden auch die Gastroduodenostomie nicht zulassen«. Henle ist der Ansicht, daß eine »Verlagerung des Pylorus nach oben und die Verwandlung des oberen horizontalen Duodenalabschnittes in einen vertikalen oder wenigstens eine hochgradige Beweglichkeit des genannten Schenkels für künftige Fälle als Voraussetzung dienen müsse«.

Daß solche Verlagerungen nicht Bedingung sind, hat Villard

[1] Villard, Gastro-duodenostomie souspylorique. Revue de chir. Paris 1900. T. XXII.



durch seine Operationen bewiesen. Aber hier bestehen nun zwischen den von Villard gegebenen Figuren und seiner Beschreibung unerklärliche Widersprüche. Er sagt, er lege einen oberen Faden 1—1½ cm unter dem Pylorus am oberen Ende der zu machenden Inzision an, aber spricht dann wieder von Vereinigung der »deuxième portion du duodenum« mit dem Magen. Aus seiner Abbildung geht hervor, daß er durchaus nicht eine Anastomose souspylorique macht, sondern eine Vereinigung der Pars descendens duodeni mit dem Magen. Er sagt, daß dieser Teil tief gelegen sei und wenig beweglich, daher gute Assistenz von nöten sei, daß aber, wenn einmal oben und unten ein Faden angelegt sei, die Teile zur Nahtanlage genügend vorgezogen werden können. Wer das nachmachen will, wird finden, daß das keineswegs leicht ist, und in diesem Punkte scheint mir der Schlüssel der Frage zu liegen, ob die Gastroduodenostomie speziell bei gutartigen Stenosen eine größere Zukunft hat oder nicht. Den Nachweis zu leisten, wie man ihr diese Zukunft sichern kann, ist Zweck dieser Zeilen.

Die Schlinge des Duodenum hängt (Merkel) im Embryonalleben frei in die Bauchhöhle, zeigt auch noch bei Kindern eine größere Beweglichkeit, legt sich aber später mit der rechten Seite an die hintere Bauchwand, verklebt resp. verwächst mit ihr, und bloß ihre Vorderfläche ist von dem Parietalblatt des Peritoneum der hinteren Bauchwand bedeckt. Man kann sich aber am Kadaver überzeugen, daß die Schlinge sich verhältnismäßig leicht wieder so loslösen läßt, daß, wie im Embryonalleben die Pars descendens und die Flexura duodeni inferior beweglich wird und nach vorn gerichtet werden kann.

Es bedarf hierzu einer Trennung des dünnen und zarten Parietalblattes des Peritoneum auf der rechten Seite der Pars descendens duodeni. Die senkrechte Trennungslinie fällt vor die rechte Niere links von dem zum Colon transversum herabsteigenden Schenkel der Flexura coli dextra. Das Parietalblatt des Peritoneum hebt sich hier von der Vorderfläche der Niere ab zum Kolon und bildet das obere Blatt des Mesocolon transversum. Geht man neben dem vertikalen Teil des Duodenum über das Peritonealblatt der Niere mit dem Finger herauf, so kann man denselben oberhalb der Flexura duodeni superior in das Foramen Winslowii einführen und das die Vorderwand desselben bildende Lig. hepato-duodenale emporheben, welches die Vena portae, Arteria hepatica und den Ductus choledochus einschießt.

Wir empfehlen reichlich zwei Finger breit entfernt vom Rande des Duodenum, der Pars verticalis parallel, dieses dünne Peritonealblatt mit dem Messer zu spalten, damit nicht wie es bei einfachem Durchreißen desselben geschieht, die peritoneale Bedeckung der Vorderfläche des Peritoneum geschädigt werde.

Hebt man den gegen das Duodenum liegenden Teil des Peritoneum nach der Spaltung mit zwei Fingern empor, so kann man mit den anderen Fingern durch sanften Zug mit Leichtigkeit unter das

Duodenum gelangen und dasselbe von der Vorderfläche der Wirbelsäule, der Vena cava und event. der Aorta abheben mittels einfacher Abschiebung. Wenn man noch die gegen das Kolon absteigende Partie des Peritoneum spaltet, so kann man auch die Flexura duodeni inferior leicht mitabheben. Dabei wird kein einziges größeres Gefäß verletzt. Mit dem Duodenum wird der Kopf des Pankreas abgehoben, wodurch auch der konkave Rand, an dem eine Ablösung unzulässig ist, soweit mobil wird, daß er beim Emporheben des Duodenum keinen Widerstand entgegensetzt.

Die Rückfläche des Duodenum wird dabei nicht, wie man glauben könnte, bis auf die Muscularis entblößt, sondern behält — offenbar als Rest des früheren Peritonealüberzuges — eine bindegewebige Platte aufgelagert, welche zum Unterschied von der vorderen Fläche rauh erscheint.

Durch den eben beschriebenen Handgriff wird die Pars verticalis duodeni so beweglich gemacht, daß sie sich mit Leichtigkeit an die Vorderfläche der Pars pylorica des Magens oberhalb der großen Kurvatur anlegen läßt.

Die Grenze für die Ablösung des Duodenum ist durch das Verhalten der Gefäße gegeben. Vom konkaven linkseitigen Umfang des Duodenum herab ziehen aus der Arteria gastroduodenalis resp. ihrem Hauptzweig, der Art. gastro-epiploica dextra, erhebliche Gefäßäste zum Colon transversum herauf über die Pars inferior duodeni. Dieselben liegen unter dem oberen Blatt des Lig. gastro-colicum. Sie sind der Abhebung selbst der Pars inferior duodeni von der Wirbelsäule wenig hinderlich.

Schlägt man das Kolon nach oben, so sieht man, wie die aus der Art. mesaraica superior stammende starke Arteria colica dextra, die ebenfalls über das Duodenum herabläuft, den unteren und zum Teil lateralen Umfang des Duodenum umkreist, um zum Colon ascendens resp. der Flexura coli dextra zu ziehen.

Dieses Gefäß läßt sich weniger leicht als die Kolonäste aus den Vasa gastro-epiploica nach links schieben, hindert aber nicht, die Flexura duodeni inferior frei zu machen, so daß der ganze vertikale Schenkel sich von der Wirbelsäule ab- und zu bequemer Nahtanlage aus der Tiefe genügend herausheben läßt. Es geschieht dies in einer Ausdehnung, daß man Duodenum wie Magen ober- und unterhalb der beabsichtigten Naht zwischen zwei Fingern abklemmen kann, um sie ohne Gefahr des Austrittes von Darminhalt zu eröffnen.

Derjenige Teil, der am wenigsten beweglich gemacht werden kann, ist die Flexura duodeni superior, weil an diese das Lig. hepatoduodenale (mit Art. hepatica, Ductus choledochus und Vena portae) sich anlegt. Dieses Ligament und in seiner Fortsetzung der an den Pankreaskopf stoßende konkave Duodenalrand bilden die Drehachse, um welche der absteigende und untere Teil des Duodenum nach vorn gewendet werden kann. Der untere Drehpunkt ist durch die oben erwähnten senkrecht über die Pars inferior herabtretenden Ge-

fäße bestimmt, welche die Abhebung der Flexura inferior und eines Teiles des Pars inferior nicht beeinträchtigen.

Bei der ganzen Prozedur wird gar nichts verletzt, als das zarte Peritoneum getrennt vor der rechten Niere und zwischen dieser und dem Anfangsteil des Colon transversum und das lockere Zellgewebe vor der Vena cava und Aorta. Wir halten es für geraten, daß man dabei den Schnittrand des auf das Duodenum übergehenden Peritonealblattes angezogen erhalte, um es später über die hintere (jetzt nach rechts gewandte) Duodenalwand herüberzuschlagen. Die Vorderfläche (jetzt nach links gerichtet) des Duodenum, welche zur Vereingung mit dem Magen kommen soll, behält ihren völlig intakten Peritonealüberzug.

Für die Gastroduodenostomie ist dies ausschlaggebend; denn die vordere, durch die Mobilisierung zur linkseitigen gewordene Fläche der Pars descendens duodeni läßt dank diesem normalen Peritonealüberzug eine völlig sichere Vereinigung mit dem Magen zu, und zwar ohne Zerrung durch eingelegte Faden. Die leichte Verschiebbarkeit des Duodenum hat doppelte Wichtigkeit, wenn die Pars pylorica des Magens — wie so oft bei den Affektionen, welche die Operation indizieren — durch Narben und Verwachsung an ihrer Beweglichkeit eingebüßt hat. Von letzterer wird es abhängen, ob man die vordere Wand des Magens unmittelbar über der großen Kurvatur zur Vereinigung benutzt oder unter Trennung des Lig. gastro-colicum hinter der großen Kurvatur die Magenwand eröffnet. Erstere Methode ist die einfachere.

Bei der Erfahrung, die man mit der Gastrojejunostomie macht, daß zwar die verschiedenen Methoden — ich habe für unsere Gastrojejunostomia antecolica inferior in meiner Operationslehre die Beweise auf Grund von 100 Operationen niedergelegt — in der großen Mehrzahl der Fälle ausgezeichnete Resultate geben, aber doch hier und da einen Mißerfolg, sei es in Form eines Circulus vitiosus oder eines peptischen Ulcus, ist es begreiflich, daß mehr als ein Autor auf den Gedanken der Gastroduodenostomie gekommen ist. Gelingt es, den Mageninhalt in der Höhe der Einmündung von Galle und Pankreassaft oder oberhalb einzuleiten, so besteht keine Gefahr einer Ansammlung dieser Flüssigkeiten im Darm und daherigen Rückflusses; ebensowenig ist zu fürchten, daß ein Ulcus pepticum eintrete; denn die Neutralisierung des Mageninhaltes resp. Aufhebung der Pepsinwirkung findet in normaler Weise statt, sofort nach Eintritt in den Darm.

Prof. E. Tavel teilt mir mit, daß er im Jahre 1902 eine derartige Operation mit sehr gutem Erfolge gemacht habe bei einem Herrn, der infolge Ulcusblütung bei jeder Nahrungszufuhr sehr anämisch geworden war. Tavel hat gefunden, daß ein Einschnitt vor dem Pylorus, welcher erlaubt, die 2 Finger der linken Hand in Magen und Duodenum einzuführen, die Wunde zusammenzuhalten und emporzuheben, die Naht außerordentlich erleichtern.

Dann ist laut einer unvollständigen Notiz im Protokoll der Verhandlungen der deutschem Gesellschaft für Chirurgie im Jahre 1899 Krönlein einmal so verfahren. Endlich hat de Quervain durch Prof. Graser auf der Naturforscherversammlung 1902 in Karlsbad einen Fall von Gastroduodenostomie mitteilen lassen.

Koslowsky[2] hat 2mal die Gastroduodenostomia subpylorica ausgeführt und erklärt die Operation für eine ideale und vindiziert ihr einen großen Anwendungskreis.

Hier sei nur über die Art der Ausführung folgendes gesagt: Man macht am besten einen steilen Schrägschnitt, wie in unserer Operationslehre zur Freilegung der Gallenblase angegeben, 2 Finger breit unterhalb und parallel dem rechtsseitigen Rippenrand, in der Medianlinie beginnend. Man trennt schräg die Fascie, dann den M. rectus abdominis bis zu den breiten Bauchmuskeln, spaltet die tiefe Fascie und Peritoneum, bei muskulösen Leuten auch den Transversus (letzteren parallel seinen Fasern, die dann kräftig auseinandergezogen werden). Häufig finden sich Adhäsionen vom Kolon nach der Gallenblase, die getrennt werden müssen. Man zieht die Leber aufwärts, den Magen nach links, das Colon transversum und den absteigenden Schenkel der Flexura coli dextra nach unten und dringt auf das Duodenum los, bis man den lateralen Rand des letzteren deutlich erkennt. Über die Leberunterfläche wird eine Gaze gelegt und mittels Haken die Leber heraufgezogen; auch Magen und Kolon hält man am besten mit Krüllgaze zurück.

Drei bis vier cm vom Duodenum entfernt wird das zarte Parietalblatt des Peritoneum auf der Niere und senkrecht abwärts das obere Blatt des sich spannenden Mesokolon bis zu den größeren Gefäßästen gespalten, mit den Fingern der linksseitige Peritonealrand gespannt, emporgehoben und das Duodenum von der Wirbelsäule und Vena cava und event. Aorta abgeschoben, bis man es mittels der untergeschobenen Finger leicht emporhalten und an die Pars pylorica des Magens andrücken kann, so daß der Magen an den linken Wundrand angepresst und mit dem Duodenum verschlossen wird; eventuell werden beide Organe mit 2 Fingern ober- und unterhalb zusammengepreßt und die seitliche Anastomose mittels der üblichen Doppelnaht angelegt. Man kann eine genügend große Verbindung leicht herstellen.

Wer sich einmal überzeugt hat, wie leicht und genau sich unter Voraussetzung der Beweglichmachung des Duodenum diese laterale Gastroduodenostomie ausführen läßt, wird von da weg in erster Linie darauf bedacht sein, in dieser Weise der Indikation der Ableitung des Mageninhaltes bei Pylorusstenose zu genügen. Wir brauchen daher ganz und gar nicht, wie die bisherigen Autoren, das Verfahren auf besonders günstige Fälle zu beschränken, sondern wir stellen dasselbe geradezu als Normalverfahren in Konkurrenz mit allen bisherigen Methoden der Gastroenterostomie (resp.

[2] Russisch med. Rundschau 1902. Nr. 1. Berlin, Hirschwald.



-Jejunostomie) sowie mit der Pyloroplastik, d. h. wir stellen die Gastroduodenostomie über die bisherigen Operationsmethoden.

Eine Einschränkung erleidet das Verfahren nur durch zu große Schwierigkeit der Mobilisierung des Duodenum bei Vorhandensein ausgedehnter Verwachsungen an der unteren Leberfläche. Es lassen sich freilich auch diese Schwierigkeiten überwinden, wie wir uns bei unserem 3. Falle überzeugt haben; aber die Notwendigkeit, die Naht im Abdomen anzulegen, macht sie in diesen besonders schwierigen Fällen unsicherer. Deshalb konnte der Vorschlag zur Gastroduodenostomie souspylorique keinen allgemeinen Anklang finden. Den subpylorischen Teil des Duodenum kann man nicht herausheben, weil er gegen die Leber zu durch das Lig. hepatoduodenale mit den wichtigen Gefäßgebilden, die es enthält, in bestimmten Abständen festgehalten ist. Diese Fixation gegen die Unterfläche der Leber kann so stark werden, daß die obere Flexur des Duodenum eine Art Winkel bildet und der obere Teil der Pars descendens sich beim Herüberschieben über die Wirbelsäule an die Pars superior duodeni anschmiegt und erst die unteren $^2/_3$ oder der untere Teil der senkrechten Portion samt unterer Flexur an den Magen sich anlegen läßt.

Wir schlagen daher vor, statt des unzutreffenden Namens von Villard die Operation als Gastroduodenostomia lateralis zu bezeichnen im Gegensatze zu unserer Methode der Einsetzung des Duodenalendes in die hintere Magenwand nach Pylorusresektion. Man wird, wenn man einmal auf die Operation eingeübt ist, auf Fälle stoßen, bei denen auch nach Resectio pylori der Verschluß des getrennten Duodenum und die laterale Gastroduodenostomie am absteigenden Teil sich als zweckmäßig zeigen wird. Der durchschlagende Unterschied zwischen Villard's Gastroduodenostomie souspylorique und unserem Vorgehen besteht darin, daß wir — wie oben bewiesen — die Pars descendens, Flexura inferior und zum guten Teil die Pars inferior duodeni so beweglich machen, daß die Vereinigungsstelle ohne Schwierigkeit in die Höhe gehoben und unter dem Schutze rings eingeschobener Gazekompressen die Naht extraabdominal mit Bequemlichkeit und Sicherheit angelegt werden kann.

Wir gedenken in Zukunft diese Methode bei allen Fällen von Pylorusverengerung zu machen und nur bei ungewöhnlichen Schwierigkeiten (in Folge von starken Verwachsungen etc.) zu den bisherigen Methoden der Gastrojejunostomie zurückzugreifen.

Wir haben die Operation bis jetzt 5mal ausgeführt, 4mal bei Narbenstenose, 1mal bei karzinomatöser Stenose. Der Erfolg der Operation ist ein schlagender. Rücktritt von Galle findet entweder gar nicht oder bloß anfänglich bei klaffender und groß angelegter Öffnung statt. Man tut gut, die Kommunikation so hoch wie möglich anzulegen und nicht zu groß zu machen. Die Karzinompatientin war mit einem Schlage von allen ihren Beschwerden befreit. Nur eine Pat., welcher zugleich eine Cholecystostomie wegen Gallensteinen gemacht wurde, klagte über sehr lebhafte Schmerzen nachher. Daß

die Entleerung eines sackförmig nach unten erweiterten Magens nicht sofort so vollständig zustande kommt, wie bei der Gastrojejunostomia inferior, ist sicher. Man muß deshalb gelegentlich noch einige Zeit Magenspülungen vornehmen. Die genaueren Belege sollen — weil hier zu lang — anderswo mitgeteilt werden.

Bern, den 20. Dezember 1902.

II.

Sehnentransplantation und Verhalten der Sehnen beim Plattfuße.

Von

Prof. Dr. **Ernst Müller** in Stuttgart.

Sehnenoperationen zur Behandlung des Plattfußes wurden bisher schon in verschiedener Weise vorgenommen: Verkürzung des M. tibialis posticus (Hoffa, Francke), Annähung des Tibialis anticus an die Unterfläche des Metatarsus I (Francke), Transplantation eines Teiles der Achillessehne auf die Sehne des Tibialis posticus (Nicoladoni u. a.).

Ich habe diesen Methoden eine weitere beigefügt und kann sie nach meinen bisherigen Erfahrungen warm empfehlen.

Sie besteht darin, daß die Sehne des Tibialis anticus von ihrer Insertion losgelöst und in einen Kanal des Os naviculare eingepflanzt wird.

Ich habe die Operation bis jetzt 13mal an 7 Pat. ausgeführt und bin mit dem Erfolge sehr zufrieden, behalte mir aber die Beschreibung der einzelnen Fälle vor, bis genügend lange Beobachtungszeit vorliegt.

Die Technik ist folgende: Bogenförmiger Schnitt entlang dem Rande des Fußgewölbes; der Schnitt beginnt hinten unterhalb des inneren Knöchels in der Mitte zwischen diesem und der Fußsohle und endigt vorn an der Basis des Metatarsus I. Im vorderen Wundwinkel wird die Insertionsstelle der Sehne des Tibialis anticus aufgesucht, durchtrennt und bis zur Fußgelenksgegend isoliert. Darauf wird die untere Fläche des Fußgewölbes ca. 1 cm weit nach auswärts freigelegt und nun ein bleistiftdicker Trepan von unten nach oben und etwas nach hinten durch das Os naviculare durchgebohrt und die Sehne mit einer Fadenschlinge durch den Kanal durchgezogen. Dann wird das Fußgewölbe möglichst weit in die Höhe gedrängt, die Sehne stark nach abwärts angezogen, ihr Ende um die Innenfläche des Os naviculare nach oben herumgeschlungen, und in dieser Lage mittels starker gekrümmter Nadeln durch Drahtnähte an dem Knochen fixiert. — Das Fußgewölbe wird so durch die Sehne wie an einem Zügel in die Höhe gehalten.

Zur Nachbehandlung lasse ich 4 Wochen lang einen Gipsverband tragen, dann folgt Massage des Unterschenkels und Widerstands-

bewegungen; bald auch vorsichtige Gehübungen, aber nicht ohne Plattfußsohlen; diese bleiben erst später, wenn die Muskeln wieder genügend erstarkt sind, weg.

Vor Beginn der Operation wird die Achillessehne tenotomirt; denn sonst gelingt es nicht, das Fußgewölbe bei supiniertem Fuße in die Höhe zu drängen.

Hoffa sagt in seinem Lehrbuche der orthopädischen Chirurgie, 3. Auflage, p. 889: das Verhalten der Achillessehne beim Plattfuße sei bisher noch fast gar nicht von den Kollegen gewürdigt worden. — Ich kann diesen Vorwurf für meine Person nicht annehmen; denn ich habe schon seit langem bei Plattfüßen die Sehne mit gutem Erfolge durchtrennt und bin der Ansicht, daß manche Plattfüße ihre Existenz überhaupt einer Verkürzung der Achillessehne verdanken. Ist die Sehne zu kurz, so kann der Fuß nicht durch Streckbewegung im Talocruralgelenke in rechten oder gar spitzen Winkel zum Unterschenkel gebracht werden; soll dies aber beim Stehen und Gehen doch geschehen, so wird der Fuß durch die Körperlast in seinem vorderen Abschnitte in die Höhe gedrängt, während der hintere Teil in Plantarflexionsstellung verharrt, und damit ist die Plattfußstellung gegeben.

Einen charakteristischen Fall dieser Art habe ich gegenwärtig in Behandlung. Ein junger Mann, der beim Militär gedient hat, hat vor einem halben Jahre das rechte Wadenbein gebrochen; er lag damit 5 Wochen zu Bett. Jetzt besteht, offenbar infolge mangelhafter Stellung des Fußes im Verbande, eine Verkürzung der Achillessehne derart, daß es nicht ganz reicht, den in der Mittelstellung befindlichen Fuß in rechten Winkel zum Unterschenkel zu bringen. Am unbelasteten Fuße ist gar nichts Abnormes zu sehen; sobald man ihn aber passiv dorsalflektirt oder den Mann stehen läßt, so senkt sich das Fußgewölbe.

Es findet hier unter dem Einflusse der Körperlast das Gleiche statt, was man erreicht, wenn der Klumpfuß ohne Tenotomie der Achillessehne korrigiert wird: der Klumpfuß wird in einen Plattfuß verwandelt, wie ich in einer kleinen Arbeit »Klumpfuß und Plattfuß« im »Med. Korrespondenzbl.« 1895 Nr. 8 beschrieben habe.

Auch das Tragen hoher Absätze, das ja vielfach beschuldigt wird, Plattfüße zu erzeugen, wirkt in der Art, daß durch die andauernde Plantarflexionsstellung des Fußes die Achillessehne sich verkürzt; kommt der Fuß dann auf ebenen Boden, so kann er keine Streckbewegung im Fußgelenke machen, denn es wird wieder nur der vordere Teil des Fußes nach aufwärts gedrängt, während der hintere gebeugt bleibt.

Besonders häufig findet man die Verkürzung der Achillessehne beim Knickfuße. Wird ein solcher Fuß auf den Boden aufgesetzt, so kann er sich nicht durch Bewegung im Fußgelenke in der gehörigen Weise dorsal flektiren; es wird daher zuerst der vordere Teil des Fußes durch abnorme Bewegung in den Gelenkverbindungen

zwischen vorderem und hinterem Teile des Fußes in die Höhe und zugleich in Pronations- und Abduktionsstellung gedrängt. Der hintere Teil des Fußes macht nur die letztere Art der Bewegung — die Pronations- und Abduktionsbewegung — mit. Die Ferse, an der unnachgiebigen Achillessehne wie an einem Pendel aufgehängt, beschreibt dabei einen Kreisbogen nach außen.

In anderen Fällen ist das Verhältnis zwischen Verkürzung der Achillessehne und Plattfuß das Umgekehrte; der Plattfuß ist das Primäre, die Verkürzung der Sehne das Sekundäre. Durch die dauernde Plantarflexionsstellung des hinteren Fußabschnittes kam es zu Verkürzung der Achillessehne, und diese unterhält nun wieder die Plattfußstellung und läßt ihre Korrektion nicht zu.

Die oben beschriebene Sehnenplastik halte ich besonders in den Fällen für gerechtfertigt oder angezeigt, bei denen ein scharfes, coulissenartiges Hervorspringen der Sehne des Tibialis anticus in der Fußgelenksgegend bei Belastung des Fußes stattfindet. Dieses Symptom wird in den Beschreibungen des Plattfußes nur für den kontrakten Plattfuß erwähnt, wo es sich um einen spastischen Zustand des Muskels handelt. Bei dem beweglichen Plattfuße wird es aber auch sehr häufig beobachtet, und ist oft auch am unbelasteten Fuße daran zu erkennen, daß die Haut über dem Verlaufe der Sehne braun pigmentiert ist. Diese Erscheinung verdient größere Beachtung; denn sie trägt mit dazu bei, den Plattfußzustand zu unterhalten.

Unter normalen Verhältnissen liegt die Sehne der Konvexität des Fußgewölbes, durch das Lig. cruciatum gehalten, straff an, und hilft mit, wie die Kette an einer Kettenbrücke, das Gewölbe hochzuhalten. — Gibt das Ligament nach, so verliert das Fußgewölbe einen der Faktoren, die es hochhalten.

In diesen Fällen wird man geradezu herausgefordert, der Tibialis anticus-Sehne wieder zu ihrer Funktion zu verhelfen.

---

1) V. Lieblein. Beiträge zur Kenntnis der chemischen Zusammensetzung des aseptischen Wundsekretes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1.)

Nach Voranstellung eines Überblickes über die bisherigen Ergebnisse der chemischen Analyse des Wundsekretes berichtet Verf. über seine eigenen Untersuchungen der chemischen Zusammensetzung des aseptischen Wundsekretes.

Die Technik war folgende: Durch den unteren Wundwinkel oder eine an passender Stelle angelegte Schnittöffnung aseptischer Amputationswunden wurde ein weites, aber dünnwandiges Drainrohr 2—3 cm tief eingelegt, dann ein Kompressivverband darüber befestigt und das Rohr durch eine Öffnung desselben hindurchgeleitet. Über das hervorragende Ende wurde ein steriles, etwa 80 ccm fassendes Glaskölbchen gestülpt. Dieses Kölbchen wurde in Intervallen von 24 Stunden abgenommen, nach 3 Tagen ganz entfernt.

Die Menge des Sekretes nahm, nach großer Reichlichkeit am 1. Tage, bereits am 2. ab, um am 3. ganz zu versiegen. Die Farbe war am 1. Tage eine deutlich rote, am 2. schon heller, am 3. serumähnlich mit einem Stich ins rötliche. Mit einer Ausnahme, wo es sich wahrscheinlich um Bildung freier Fettsäuren handelte, war die Reaktion stets alkalisch.

Die Untersuchung auf den Gehalt an Eiweißkörpern ergab, daß auch im aseptischen Wundsekret bisweilen Eiweißkörper nachweisbar sind, welche nach ihrem chemischen Verhalten als zur Gruppe der Albumosen (Peptone) gehörig angesprochen werden müssen, und daß, wenn sie überhaupt auftreten, dieses am 1. Tage der Wundheilung geschieht. Sind Albumosen resp. Peptone auch später noch im Wundsekrete nachweisbar, so hat man darin einen Vorläufer der Abszeßbildung zu erblicken.

Der Gesamtstickstoffgehalt des aseptischen Wundsekretes war stets kleiner als der des Blutes.

Das von seinen festen Bestandteilen befreite Wundsekret, das Wundsekretplasma, erwies sich als eine Flüssigkeit, welche mit zunehmender Wundheilung albuminreicher und globulinärmer wird, und bei welcher bereits am 3. Tage der Wundheilung der Albumingehalt mindestens $^{9}/_{10}$ des Gesamteiweißgehaltes ausmacht.

Aus den Untersuchungen geht hervor, daß als die wichtigste Mutterflüssigkeit für das Wundsekret Blut und Lymphe zu betrachten sind, und zwar nimmt am 1. und 2. Tage der Wundheilung das Blut den wichtigsten Anteil, danach Lymphe und Interzellularflüssigkeit. Den Zellen als solchen scheint nur am 1. Tage der Wundheilung ein sekretorischer Einfluß zuzukommen. **Blauel** (Tübingen).

---

2) **H. M. King.** Poste-operative non-septic leucocytosis and other blood condition.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. September.)

Blutuntersuchungen im Anschluß an 17 größere Operationen an Erwachsenen ergaben bei günstigem Wundverlauf nach 6—48 Stunden stets eine Vermehrung der Leukocyten bis zu 10000 im Kubikmillimeter. Wahrscheinlich tritt dieselbe meist innerhalb der ersten 12 Stunden nach der Operation auf, hat jedoch auf Puls und Temperatur keinen wesentlichen Einfluß. Bei ungestörtem Verlauf bleibt diese normale postoperative Leukocytose nicht länger bestehen; eine über viele Stunden anhaltende Zunahme der weißen Blutkörperchen auf 10000 und mehr im Kubikmillimeter ist stets bedenklich. Die roten Blutzellen sind nicht vermehrt. **Bender** (Leipzig).

---

3) **St. Weidenfeld.** Über den Verbrennungstod.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXI. p. 33 u. 301.)

Im ersten Teil seiner Arbeit macht W. auf Grund der Literatur und zahlreicher eigener Untersuchungen genauere Angaben über die

Bedeutung der Größe der verbrannten Partien; bei Verbrennungen 3. Grades trat der Tod — auch wenn man die Fälle ausschließt, in denen er auf sekundäre Einflüsse (Eiterung) zurückzuführen ist —, selbst noch nach Verbrennung von $^1/_8$ der Körperoberfläche ein; bei $^1/_6$ war er noch ziemlich häufig; je größer die verbrannte Fläche, um so schneller erfolgte der Tod; wenn die Verbrennung tiefer geht, kann der Tod beschleunigt werden; Kinder gehen schon bei geringeren Verbrenungen zugrunde, weil sie eine relativ größere Körperoberfläche haben. Aus der »Klinik der Verbrennungen« ist speziell hervorzuheben, daß Verf. großes Gewicht auf ein Erythem legt, das er als toxisches deutet. Nach einer ausführlichen und kritischen Besprechung der Erklärungsversuche für den Verbrennungstod berichtet er über seine eigenen Untersuchungen. Es ist ihm gelungen, Tiere durch Einbringung von kurze Zeit gekochter Haut (aber auch von Muskeln) in die Bauchhöhle und unter die Haut zu töten; die Vergiftung war deutlich von der Menge der eingeführten gekochten Substanz abhängig; ihre Erscheinungen ähnelten denen der Verbrennung; aus der gekochten Haut konnten die giftigen Stoffe nur sehr langsam durch Wasser extrahiert werden. So wichtig also auch alle anderen Momente (Chok etc.) sein mögen, in der Hauptsache ist die Verbrennung eine Vergiftung. Transfusionen scheinen einen günstigen Einfluß zu haben. **Jadassohn** (Bern).

---

4) **V. Klingmüller.** Mikroskopische Untersuchungen über die Bedeutung der Reaktionszone nach Tuberkulininjektionen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LX. p. 109.)

Auf Grund der Untersuchung der Randpartien vorher mit Tuberkulin injizierter und nachher exzidierter Lupusherde kommt K. zu dem Schlusse, daß sich in der Reaktionszone mikroskopisch bereits typische tuberkulöse Prozesse finden; und er glaubt bewiesen zu haben, daß »jede örtliche nach Tuberkulininjektionen eintretende akute Entzündung das Zeichen für spezifische, an Ort und Stelle vorhandene, makroskopisch nicht nachweisbare Veränderungen ist«. (In diesem Umfange ist der Satz nicht ganz richtig; denn wir wissen doch auch, daß frühere Injektionsstellen auf spätere Injektionen reagieren — da ist doch von örtlicher Tuberkulose wohl keine Rede. Auch daß die sog. Tuberkulinexantheme weiter nichts als die »zusammengeflossenen Reaktionszonen vieler kleiner und kleinster Herde seien« ist wohl bisher noch nicht als bewiesen anzusehen.) Für die Therapie ergibt sich die Regel, vor der Behandlung durch eine Injektion von Alt-Tuberkulin die Grenzen der lupösen Erkrankung festzustellen und die Erfolge der Behandlung durch solche Injektionen zu kontrollieren. **Jadassohn** (Bern).

---

5) **L. F. Garrigues.** Some varieties of surgical tuberculosis with special reference to a new method of treatment.

(New York med. record 1902. August 23.)

Die Antimonbutter ist in der britischen Pharmakopoe offizinell und wurde hauptsächlich in der Tierheilkunde zur Reinigung von Wunden gebraucht. Dieser Liquor stibii chlorati, auf gesunde Haut gebracht, hat keine kaustische Wirkung, dagegen bildet sich ein mehr oder minder dicker Schorf auf Granulationsflächen. G. empfiehlt, besonders nach der Ausschabung tuberkulöser Herde, jeden 4. Tag die Wundfläche damit zu bestreichen, bis gesunde Granulationen erscheinen. Die übrige Abhandlung enthält eine klinische Besprechung verschiedener Formen chirurgischer Tuberkulose.

Loewenhardt (Breslau).

---

6) **Muñoz.** Tratamiento especifico de la pústula maligna.

(Revista de med. y chir. práct. Nr. 738.)

M. teilt eine spezifische Behandlung der Pustula maligna mit, die nach den bisherigen Beobachtungen nie im Stiche lassen soll. Folgendes sind die zu treffenden Maßnahmen: Desinfektion der Umgebung mit einer 1%igen Sublimatlösung; Eröffnung der an der Oberfläche befindlichen Bläschen mit Hilfe eines kleinen Bistouri; Kreuzschnitt durch das bereits mortifizierte Gewebe; dabei ist gut darauf zu achten, daß die Grenzen der Nekrose nirgends überschritten werden und kein Blut fließt; nochmalige Reinigung mit Sublimatlösung und Applikation eines Stückes Heftpflaster, das in der Mitte einen runden Ausschnitt von der Größe der Pustel hat. Nunmehr wird die Oberfläche der Pustel mit pulverisiertem Sublimat in großer Menge bestreut, und mit irgend einem Instrument dieses Pulver mit der aus der Pustel austretenden Flüssigkeit so lange und so intensiv vermengt, bis eine pastöse Masse entstanden ist, die dann gleichmäßig über die Fläche verteilt wird; dann folgt Bedeckung mit einem zweiten, aber nicht durchlöcherten Stücke Heftpflaster und Verband mit Sublimatgaze und Binden. Nach 24 Stunden wird die Wundfläche gereinigt, mit Sublimat abgespült und mit einem Salbenverband versehen. Irgend welche Intoxikationserscheinungen wurden nie beobachtet.

Stein (Wiesbaden).

---

7) **H. Graham.** Dengue: a study of its mode of propagation and pathology.

(New York med. record 1902. Februar 8.)

Die Literatur über das tropische Denguefieber ist ziemlich groß, die Ätiologie bisher nicht klargestellt. Epidemien wurden in Cuba, Jamaica, Ostindien, Madagascar, Kairo etc. beobachtet. Es scheint, daß die Krankheit gewisse höher gelegene Regionen nicht mehr erreicht.

Gelegentlich einer Epidemie in Syrien beobachtete Verf. Tatsachen, welche ihm sicher die Übertragung durch Moskitos zu erweisen schienen. Er ordnete auch durch die Abtötung aller Moskitos mit Chlorräucherungen in einzelnen Krankenzimmern vergleichende Versuche an, welche stets zu einem positiven Resultate führten im Sinne der alleinigen Möglichkeit, daß nur durch die Moskitos eine Weiterverschleppung stattfinden konnte.

Gleichzeitig fand sich in allen Präparaten ein so übereinstimmender Blutbefund vor, daß Verf. nicht ansteht, ein malariaähnliches Plasmodium, dessen Abbildung gegeben wird, als vermutliche Ursache anzusprechen. Abbildungen mit genauer Beschreibung müssen im Original nachgesehen werden. **Loewenhardt** (Breslau).

---

8) **Matzenauer.** Noma und Nosocomialgangrän.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LX. p. 373.)

Auf Grund literarischer und klinischer Erörterungen kommt M. zu dem Standpunkt, daß die Unterschiede, welche man gewöhnlich zwischen Noma und Hospitalbrand macht, nicht zu recht bestehen, daß auch die Noma ansteckend sein und an verschiedenen Körperstellen vorkommen kann, daß die Infektion beider Krankheiten vorzugsweise bei schwerkranken oder sonst unreinlichen Individuen und speziell an Substanzverlusten haftet; histologisch verhalten sich beide Prozesse analog, und M. hat in beiden die gleichen anaëroben Bazillen gefunden, welche er schon früher als die Ursache des Hospitalbrandes (und vielleicht auch anderer gangränöser Krankheiten) angesprochen hat. Noma muß also nach M. dem Spitalbrand zugerechnet werden. **Jadassohn** (Bern).

---

9) **H. Küttner.** Schonende Nachbehandlung septischer Operationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.)

K. gibt kurz einige wertvolle Winke, welche bezwecken sollen, dem Pat. nach Möglichkeit die Schmerzen und Beschwerden der Nachbehandlung septischer Operationen zu erleichtern. Dazu dienen: Anwendung von Drainageröhren an Stelle von Tampons; läßt sich Tamponade nicht umgehen, Verwendung eines oder mehrerer großer Mikulicz-Tampons; möglichstes Hinausschieben des ersten Verbandwechsels; Einschränkung des Manipulierens an der Wunde, Auseinanderhalten derselben mit stumpfen Wundhaken bei Einführung von Tampons oder Drains in enge Spalten, möglichste Vermeidung des Touchierens oder gar Abkratzens der Granulationen. Als erster Verband ist der feuchte zu bevorzugen, weil er schmerzstillend wirkt und das Wundsekret besser leitet als der trockene. Später treten Salbenverbände in ihre Rechte. Wenn neue Inzisionen notwendig werden, ist das Operieren im ersten Ätherrausch sehr zu empfehlen.

Blauel (Tübingen).

---

10) **Perez.** Sul potere antisettico del »tachilo« floruro d'argento.

(Policlinico 1902. Nr. 10.)

Fluorsilber (v. Paterno) wird in wässriger Lösung in den Handel gebracht und übertrifft nach P. die übrigen Silbersalze an antiseptischer Kraft. Die vegetativen Formen pathogener Pilze tötet es im Reagensglas in Lösungen von 1:20000 bis 200000, Sporen in 1- bis 5‰iger Lösung. In tierische Gewebe dringt es tiefer ein als die anderen Salze, hat weniger Neigung, mit eiweißhaltigen Flüssigkeiten sich niederzuschlagen. Giftig wirkt es erst in höheren Dosen und kann subkutan wie intravenös injiziert werden in 1‰iger Lösung.

Praktisch wurde es zu antiseptischen Spülungen und Verbänden von Wunden (der Keimgehalt des Eiters wird herabgesetzt), zu Ausspülungen von Scheide, Blase etc. verwandt. In kalte Abszesse oder tuberkulöse Fisteln injiziert, vermag es öfters dieselben zu rascher Ausheilung zu bringen.

Tiere, welche mit künstlichen Infektionen (Milzbrand, Typhus, Staphylokokken) injiziert wurden, konnten durch gleichzeitige oder bald darauf folgende Injektionen des Mittels am Leben erhalten werden, doch hängt das Resultat stark von dem Virulenzgrad der Infektion ab.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

11) **Kozlovsky** (Prag). Das Wasserstoffsuperoxyd in der Chirurgie.

(Sborník klinický Bd. III. p. 459.)

Das Wasserstoffsuperoxyd hat sich bei der Behandlung profus eiternder Wunden vorzüglich bewährt; es erfolgte eine rasche Reinigung, Abnahme der Sekretion und üppige Granulationsbildung; unangenehme Nebenerscheinungen werden nicht beobachtet. Die antiseptische Wirksamkeit ist jener des Sublimats gleich. Fußgeschwüre heilen unter Wasserstoffsuperoxyd sehr rasch. Schließlich bewährte es sich als ein vorzügliches Desoderans.

G. Mühlstein (Prag).

---

12) **Hoffmann.** Über Verschluß von Defekten am knöchernen Schädel durch der Nachbarschaft entnommene Knochenplättchen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 33.)

Das Verfahren ist anwendbar bei der Trepanation des unversehrten Schädels, wenn das Wagner'sche Verfahren aus irgend einem Grunde nicht geht, bei subkutan entstandenen Defekten, Geschwülsten, bei komplizierten Frakturen, wenn Teile der Schädeldecke verloren gegangen sind oder wegen nicht genügender Garantie ihrer Asepsis nicht reimplantiert werden können. Es werden aus der Umgebung des Defektes 1—4 qcm große Stücke aus der Tabula externa gemeißelt, nachdem Periost zur Seite geschoben ist und

mit der glatten (äußeren) Fläche auf die Dura resp. das Gehirn gelagert. Ein Stück wird sorfältig an das andere gereiht, bis der ganze Defekt genau geschlossen ist. Dann wird die Haut darüber sorgfältig vereinigt. Es ist darauf zu achten, daß sich beim Nähen und beim Anlegen des Verbandes die Knochenstücke nicht gegeneinander verschieben.

Borchard (Posen).

---

13) **H. Morestin.** De l'incision esthétique rétro-auriculaire pour le traitement de quelques lésions cervicales ou parotidiennes.

(Gaz. des hôpitaux 1902. Nr. 101.)

Um die entstellenden Narben nach Operationen in den bezeichneten Gegenden zu vermeiden, verlegt M. den Schnitt in die Tiefe der Furche zwischen Ohrmuschel und Processus mastoid. Er macht ihn 2—6 cm lang und mobilisiert die umgebende Haut nach Möglichkeit. Nötigenfalls wird die Ohrmuschel abgelöst, der äußere Gehörgang unterminiert. Es erfolgt dann die Exstirpation der Geschwulst, die Entleerung des Abszesses usw. größtenteils im Dunkeln, wobei M. sich mit Vorliebe der Curette zu bedienen scheint. Die Blutung ist recht bedeutend, wird aber stets nur durch Kompression gestillt.

Zum Schluß wird ein Drain (für 2 Tage) eingelegt und tamponiert. Die Hautränder werden durch einige Seidennähte fixiert. Die Heilung erfolgt in kürzester Zeit, event. in 8 Tagen.

M. hat bei 4 Pat. den retroaurikulären Schnitt gemacht wegen eines Abszesses der Parotis, wegen einer Geschwulst dieser Gegend, wegen einer Cyste und wegen doppelseitiger nicht erweichter Lymphome, die bis zur Höhe des Zungenbeines hinabreichten. In keinem Falle ist irgend eine Asymmetrie der Gesichtshälften zurückgeblieben.

Nach M. ist die Operation bei entsprechender Vorsicht ungefährlich und für gewisse Affektionen zu empfehlen; für ungeeignet hält er sie bei tuberkulösen Abszessen. Endlich betont er, daß ausschließlich kosmetische Rücksichten zu diesem Verfahren berechtigen, dieses also nicht bei allen Pat. ohne weiteres indiziert ist.

V. E. Mertens (Breslau).

---

14) **O. Jalowiecki.** Über Wachstumsveränderungen an den Wirbeln nach Spondylitis tuberculosa.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Verf. beschreibt ein ihm von Schulthess zur Bearbeitung überlassenes Präparat von Pott'schem Buckel. Mit Hilfe instruktiver Abbildungen erörtert er an einem Sagittalschnitte die funktionelle Struktur der Knochen. Besonders interessant ist die Beobachtung, daß die Verminderung des physiologischen Druckes an den Wirbelkörpern lordotischer Stellen zu einer Reduktion in der Anbildung

von Knochensubstanz und die abnorm vermehrte Zugwirkung zu einer stärkeren Entwicklung der Intervertebralscheiben resp. des elastischen Materials Veranlassung geben kann.

J. **Riedinger** (Würzburg).

---

15) **W. Schulthess.** Über die Lehre des Zusammenhanges physiologischer Torsion der Wirbelsäule mit lateraler Biegung und ihre Beziehungen zur Skoliose unter Berücksichtigung der Lovett'schen Experimente.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 3.)

Verf. tritt der Frage näher, ob mit der normalen Seitenbiegung oder auch der Ausbiegung eine Drehung der Wirbelsäule (Torsion) verbunden ist. Im allgemeinen gilt folgendes Gesetz: Ein biegsamer Körper, er mag ganz oder teilweise aus elastischem Material bestehen oder aus anderweitig mechanisch verbundenen Teilstücken, wird nur dann eine symmetrische Beugung in einer bestimmten Richtung erfahren können, wenn er von dieser Richtung aus betrachtet symmetrisch gebaut ist, wenn die biegende Kraft in der Symmetrieebene anfaßt und in dieser Richtung wirkt. Verf. belegt diesen Satz mit einigen Experimenten an Fournierstreifen und Kautschuksäulen. Ist eine der genannten Bedingungen nicht erfüllt, so bleibt bei der Beugung der eine oder der andere Teil zurück, und es entsteht eine Formänderung, welche wir als Verwindung oder Torsion zu bezeichnen pflegen. Das Gelingen der Experimente erklärt aber noch nicht ohne weiteres die Torsion der menschlichen Wirbelsäule. Die Wirbelsäule, von der Seite betrachtet, ist nicht symmetrisch. Diese Eigenschaft läßt also eine Drehung bei der Seitenbiegung erwarten. Leichenversuche aber, die S. nach dem Vorgange von H. v. Meyer anstellte, ergaben die Möglichkeit reiner Seitenbiegung ohne Torsion. Hemmungsvorrichtungen sind nämlich geeignet, letztere zu verhindern. Es besteht demnach für Seitenbiegungen von nicht allzu großer Exkursion eine funktionelle Symmetrie. Unter dem Einfluß der Belastung wird dagegen die Torsion erzeugt. Wahrscheinlich spielen die Bänder dabei eine Rolle.

Verf. beschäftigt sich alsdann mit der Frage nach der Richtung der Torsion und dem Einfluß, den Ante- und Retroflexion bei gleichzeitiger Seitenbiegung auf dieselbe ausübt. Da sich hierüber eine Arbeit von Lovett (Boston) verbreitet, so bringt S. eine deutsche Übersetzung dieser in englischer Sprache veröffentlichten Arbeit (»The mechanics of lateral curvature of the spine«, Boston medical and surgical journal, Juni 1900).

Lovett experimentierte an menschlichen Leichen und am Lebenden und fand hauptsächlich, daß laterale Flexion und Torsion der Wirbelsäule zusammengehörende Teile einer kombinierten Bewegung sind. Keine kann ohne die andere bestehen. In anteflek-

tierter Stellung ist aber die Torsion nach der konvexen Seite hin gerichtet (wie bei der Skoliose), in retroflektierter Stellung nach der konkaven.

Daraus kann man schließen, daß es eine bestimmte Stellung der Wirbelsäule geben muß, in welcher eine Torsion bei Seitenbiegung nicht stattfindet. Somit finden auch die Resultate der Experimente von H. v. Meyer und S. eine befriedigende Erklärung.

S. ist geneigt, den Ergebnissen der Lovett'schen Untersuchungen an der normalen Wirbelsäule eine große Bedeutung beizulegen. Im übrigen ist er aber mit den Folgerungen Lovett's für Ätiologie und Therapie der Skoliose nicht überall einverstanden und vertritt in einer eingehenden Kritik den Standpunkt, daß man die Resultate der Experimente nicht ohne weiteres auf die Pathologie der Skoliose übertragen könne. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

16) **W. Schulthess.** Über die Prädilektionsstellen der skoliotischen Abbiegungen an der Wirbelsäule nach Beobachtungen an 1140 Skoliosen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Die Grundzüge dieser Arbeit sind vom Verf. schon auf dem I. Kongresse der deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie in einem Vortrage bekannt gegeben. Ein Bericht hierüber findet sich in Nr. 23 vorigen Jahrganges (mit einem Druckfehler: 2 statt 12 Brustwirbel). In der vorliegenden Publikation ist nunmehr das gesamte Material unverkürzt zusammengestellt. Es sind die Ergebnisse vieljähriger, unverdrossener, aber auch wissenschaftlich begründeter und zielbewußter Arbeit, die in mustergiltiger Weise uns vorgeführt werden. Nach der klinischen Seite sind die skoliotischen Formänderungen nirgends gründlicher untersucht worden. Es wird sich nunmehr darum handeln, die klinische Forschung mit der pathologisch-anatomischen in Einklang zu bringen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

17) **W. Schulthess.** Die Zuppinger'sche Skoliosentheorie.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 3.)

Zuppinger leitet die rechtskonvexe Dorsalskoliose von einer Abflachung der rechtsseitigen Rippen ab, wie sie durch Druck der Tischkante beim Schulsitzen erzeugt wird. Die Thoraxdeformität ist nach seiner Ansicht das Primäre, die anatomischen Veränderungen an der Wirbelsäule, insbesondere die Torsion, sind sekundär. S. kritisiert diese Theorie zwar scharf, aber durchaus sachlich.

J. Riedinger (Würzburg).

---

18) L. Francassini. Studio sperimentale, anatomo-patologico e terapeutico delle lussazioni superiori della estremità esterna della clavicola.

(Arch. di ortopedia 1902. Nr. 2.)

Infolge kompleter, nicht diagnostizierter und 3 Wochen im Kontentivverband gehaltener Verrenkung des akromialen Schlüsselbeinendes war es zu Drucknekrose der Haut über dem Knochen gekommen. Paci resezierte das Schlüsselbein auf 2 cm. Die Funktion der Schulter wurde völlig normal. F. empfiehlt dies Verfahren neben der blutigen Naht des Schlüsselbeins ans Akromion für geeignete Fälle kompleter Verrenkung.

Leichenexperimente über die Betheiligung des Bandapparates bei dieser Verletzung lehrten, daß bei alleiniger Zerreißung der Gelenkkapsel und ihrer Verstärkungsbänder nur eine inklompete Verrenkung zustande kommen kann. Zu einer kompleten kommt es erst, wenn das Lig. coraco-claviculare ein- oder teilweise vom Knochen abreißt. Eine völlige Zerreißung, wie manche Autoren behaupten, ist nicht erforderlich. Das sehr kräftige Band hält eine Belastung bis zu 80 kg aus, ehe es zerreißt; der Kapselapparat allein nur 36—42 kg; alle zusammen 80—142 kg. Aus diesem Grunde ist die unkomplete Verrenkung die häufigere.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

19) Mc Lennan. On removal of the superior row of carpal bones in acute septic disease of the wrist-joint.

(Glasgow med. journ. 1902. Oktober.)

In schweren Fällen fortschreitender Handphlegmone, bei welcher schon Vorderarmamputation beabsichtigt war, hat Verf. 3mal mit Erfolg die obere Reihe der Handwurzelknochen entfernt. Wenn sich schon frühzeitig ein Befallensein des Gelenkes erkennen läßt, wenn die Phlegmone sehr schnell fortschreitet, kann die Entfernung der Knochen das Weiterschreiten aufhalten. Dadurch wird die Gefahr der Pyämie verringert; die Schmerzen hören sehr bald auf. Die spätere Funktion des Gelenkes ist besser, weil sich nur eine bindegewebige Narbe, keine knöcherne Vereinigung bildet, das Gelenk wird eher wieder brauchbar. Oft sind Nachoperationen, Befreiung der Sehnen aus Narbensträngen u. dgl. nötig, in einem Falle hat Verf. mit gutem Erfolge, da ein Stück der Fingerbeugesehnen reseziert werden mußte und die Enden nicht so zu vereinigen waren, den Ursprung der Fingerstrecker losgetrennt und verlagert. Die Operation selbst bietet außer dem festeren Anhaften der Gelenkkapsel auf der Rückenfläche des Kahnbeines keine Schwierigkeit. Gegenöffnungen zur Drainage sollen stets angelegt, gleich nach der Operation mit Mull tamponiert, nach dem ersten, in Narkose (Bromäthyl) vorzunehmenden Verbandwechsel mit Röhren drainiert werden.

Krankengeschichte von 3 so behandelten Fällen ausführlich mitgeteilt.

Trapp (Bückeburg).

20) **Lund.** The iliopsoas bursa, its surgical importance and the treatment of its inflammatory conditions.

(Boston med. and surg. journ. 1902. September.)

1) Der Schleimbeutel unter dem Ileopsoas besitzt große chirurgische Bedeutung durch seinen Sitz unmittelbar unter den großen Nerven und Gefäßen und durch seine häufige Verbindung mit dem Hüftgelenk. Er reicht oft über den Beckenrand nach oben. 2) Bei Tuberkulose, eitriger und gonorrhoischer Entzündung des Hüftgelenkes kann er mit befallen sein, die von ihm ausgehenden Erscheinungen können das Krankheitsbild beherrschen. 3) Bei gonorrhoischer Entzündung des Hüftgelenkes bietet die Eröffnung des Schleimbeutels einen einfachen und leichten Weg zur Eröffnung des Gelenkes. 4) Bei Tuberkulose wird durch Eröffnung des Schleimbeutels bedeutende Erleichterung gewährt. 5) Am leichtesten wird der Schleimbeutel durch einen senkrechten Schnitt unterhalb des Leistenbandes zwischen Nerv. cruralis und Art. femoralis erreicht, der Ileopsoas wird am besten stumpf durchtrennt. 6) Wenn der Schleimbeutel mit dem Gelenk zusammenhängt, kann man von ihm aus Kopf und Pfanne deutlich befühlen. 7) Entzündung dieses Schleimbeutels soll man häufiger als bisher in Betracht ziehen bei plötzlichem Auftreten von Geschwülsten in der Leistengegend, welche tiefe Fluktuation zeigen, besonders wenn schon ein Hüftleiden besteht. Dazu 3 Belegfälle.

Trapp (Bückeburg).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie in Leipzig. Direktor Prof. Th. Kölliker.)

Wanderniere und Skoliose.

Von

Dr. **Otto Bender,** Assistenzarzt.

Im folgenden sei in Kürze über eine Beobachtung berichtet, welche über die Entstehungsweise mancher Skoliosen eine Aufklärung zu bringen vermag und auch deshalb Beachtung verdient, da ähnliches anscheinend weder in Lehrbüchern noch in der Literatur bisher vermerkt wurde.

Margarete W., 22 Jahre alt, aus Leipzig. Anamnestisch ist von Belang, daß Pat. sich seit $3^1/_2$ Jahren mit Liniieren beschäftigt und diese Tätigkeit täglich 11 Stunden lang stehend ausgeübt hat. Seit $1^1/_2$ Jahren fühlt sie bei der Arbeit, beim Bücken, bei Drehbewegungen des Rumpfes ziehende Schmerzen in der rechten Lendengegend; die gleichen Empfindungen hat sie nachts beim Umdrehen des Körpers im Bette. Zuweilen traten auch anfallsweise so starke Schmerzen auf, daß Pat. zusammensank, doch waren diese Anfälle nur von kurzer Dauer. Allmählich verschlimmerte sich der Zustand; dabei wanderten die Schmerzen, welche sich anfänglich oberhalb des rechten Trochanter in Ausdehnung eines Handtellers lokalisierten, zuletzt mehr nach hinten in die rechte Kreuzgegend.

Pat. ist ziemlich anämisch, von untersetztem Körperbau, mittlerem Ernährungszustand. Bei Untersuchung in aufrechter Stellung findet sich eine Scoliosis dorsal. sin. lumbal. dextr. I.—II. Grades, d. h. verbunden mit leichter Drehung der Wirbelsäule um ihre Längsachse im Lendenteil, ferner eine totale Rumpfabweichung von $2^1/_2$ cm nach links. Auf Druck läßt sich nirgends an Knochen oder Weichteilen der Lendengegend Schmerz hervorrufen; nur wenn man versucht, den Rumpf zu redressieren, fühlt Pat. ihre oben genannten Beschwerden. Das Becken steht beiderseits gleich hoch.

Die Verkrümmung der Wirbelsäule kann durch Suspension oder Vorwärtsbeugen des Rumpfes vollständig ausgeglichen werden, teilweise dadurch, daß Pat. sich links auf die Fußspitze erhebt.

In Rückenlage steht die linke Spina il. ant. sup. 2 cm höher wie rechts, das linke Bein zeigt eine dementsprechende scheinbare Verkürzung. Die Skoliose innerhalb der Wirbelsäule bleibt demnach bestehen, die Stellung des Beckens zu derselben aber ändert sich derart, daß der Lendenteil nun wieder senkrecht auf dem Becken steht, daß also keine Entspannung der rechten Lendengegend gegenüber der linken mehr statthat. Das schmerzerzeugende Moment ist demnach in Rückenlage aufgehoben.

Die Skoliose war zweifellos auf die Schmerzen in der rechten Kreuz- und Lendengegend zu beziehen, und es wurde zunächst auf Neuralgien im Bereich des Plexus lumbalis geschlossen, wie sie Nicoladoni zuerst als Ursache von Skoliosenbildung beobachtet hat; man dachte also an ähnliche Verhältnisse, wie wir sie am Ischiadicus unter dem Bilde der Ischias scoliotica kennen; vielleicht lag auch diese Erkrankung selbst vor, in deren Beginn oft Hüftschmerzen auftreten.

Es schien die Skoliose somit hinreichend erklärt, wenn man nach der Theorie von Albert, Charcot, Erben annahm, daß durch die Neigung der Lendenwirbelsäule nach der kranken Seite hin unwillkürlich die schmerzhafte Lendenpartie entspannt, die Nerven daselbst von Zug und Druck entlastet würden. Die übrigen Erscheinungen an Brustwirbelsäule und Rumpf waren als kompensatorische anzusehen. Auffallend blieb immerhin, daß typische Druckschmerzpunkte fehlten, wie sie Nicoladoni, Erben u. a. angegeben haben, daß in Rückenlage alle Beschwerden verschwanden, daß vor allem jene plötzlichen, heftigen Schmerzen sich zeitweise einstellten.

Zunächst wurde mit Massage der Rückenmuskulatur, orthopädischer Gymnastik und Moorbäderbehandlung eine Besserung der Schmerzen versucht, aber nicht erzielt; vielmehr klagte Pat. neuerdings über Schmerzen in der rechten mittleren Bauchgegend. Bei mehrmaliger Untersuchung konnte man rechts vom Nabel in der Linea alba lateralis eine rundliche, schmerzhafte Resistenz abtasten, welche reichlich die Größe einer Niere hatte, bei bimanueller Palpation etwas beweglich schien, bei linker Seitenlage deutlich nach links hinten zurücksank.

Die Diagnose mußte auf rechtsseitige Wanderniere gestellt werden, und die subjektiven Symptome sowie die Entstehung der Skoliose gewannen dadurch ein verändertes Aussehen. Alle auf Lumbalneuralgien bezogenen Beschwerden konnten auch auf die Wanderniere zurückgeführt werden, es fanden aber auch die bisher unerklärten Erscheinungen ihre Deutung. Das Fehlen der Druckschmerzpunkte war nun erklärt, in dem Aufhören der Beschwerden in Rückenlage ein bekanntes Merkmal der beweglichen Niere gegeben; das Umherziehen der Schmerzen ließ sich mit der veränderten Lage des Organs im Laufe der Zeit in Einklang bringen; endlich hatten die Schmerzparoxysmen wohl in vorübergehenden Einklemmungen der Niere ihre Ursache. Störungen in der Nierensekretion durch Ureterabknickung, Anzeichen von Hydronephrose liegen nicht vor, sind auch früher nicht beobachtet worden.

Die bewegliche rechte Niere hatte also die Schmerzen und deshalb auch die Krümmung der Lendenwirbelsäule nach rechts hervorgerufen. Um dem schmerzhaften Zug und Druck zu entgehen, welchen die Niere an ihrer Umgebung, besonders dem Peritoneum erzeugte, hatte Pat. unwillkürlich eine Haltung angenommen und später dauernd beibehalten, bei welcher die Niere am ehesten eine

Unterstützung fand und die Zugwirkung möglichst aufgehoben war. Diese Haltung besteht in einer Neigung der Lendenwirbelsäule nach der kranken Seite, da auf diese Weise der Spielraum der Wanderniere zwischen ihrem ursprünglichen Sitz und dem Becken verkleinert wird, und das herabsinkende Organ vielleicht leichter einen Halt gewinnt; vielleicht beruht die Haltungsanomalie auch nur auf Reflexwirkung.

Anfänglich ist die Skoliose durch Wanderniere sicher nur eine habituelle, sie kann auch in unserem Falle durch Suspension oder Bücken vollständig gehoben werden; später wird die Verkrümmung dauernde Formen annehmen.

Differentialdiagnostisch gegenüber der Skoliose bei Ischias und anderen Neuralgien ist, abgesehen von den objektiven Symptomen der Wanderniere, welche ja oft nicht mit Sicherheit gedeutet werden können, auf das Fehlen der typischen Druckschmerzpunkte, das Schwinden der Beschwerden in Rückenlage, das langsame Wandern der Schmerzen, die Schmerzparoxysmen zu achten; auch muß die Erfolglosigkeit der orthopädischen Behandlung stutzig machen.

Als ideale Therapie wäre in erster Linie die Nephrorraphie anzusehen, auf welche Pat. sich jedoch nicht einlassen will. Immerhin würde die Skoliose auch dann noch einer gesonderten Behandlung bedürfen, wie sie in oben angedeuteter Weise fortgesetzt wird. Außerdem wurde eine große Pelotte nach Art eines Bruchbandes angefertigt, welche die Niere nach hinten und oben halten soll.

---

21) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Sitzung am 10. November 1902.

Vorsitzender: Herr F. Krause.

1) Herr R. F. Müller: **Head'sche Zonen bei chirurgischen Abdominalerkrankungen.**

Unter Head'schen Zonen versteht man hyperästhetische Hautbezirke, welche im wesentlichen den Hautbezirken entsprechen, auf denen sich die Eruptionen des Herpes zoster entwickeln. Diese Zonen decken sich nicht mit den Ausbreitungsbezirken peripherer Nerven, sie sind Projektionen von Spinalzonen; man unterscheidet auch 8 Cervikal-, 12 Dorsal-, 5 Lumbal-, 4 Sakralzonen. Die Beziehung zwischen ihnen und den inneren Organen muß man sich so vorstellen, daß die Sympathicusäste eines bestimmten Organes und die sensiblen Äste der dazugehörigen Hautzonen in die gleichen Rückenmarkssegmente einstrahlen, demnach die Hautzonen zugleich ein Schema der Sympathicusversorgung der inneren Organe dartellen. Head hat diese Zonen in Gestalt eines Schemas auf die Hautoberfläche aufgezeichnet. Man prüft auf diese Zonen, indem man eine Hautfalte zwischen den Fingern rollt.

M. hat seit $1^1/_2$ Jahren im Augusta-Hospital fast regelmäßig vor Laparotomien auf das Vorhandensein dieser Zonen untersucht. Ziemlich regelmäßig fanden sich Zonen bei frischer Appendicitis; die Hyperalgesie liegt in der Nähe des Mac-Burney'schen Schmerzpunktes, mit welchem er nicht verwechselt werden darf. Bei einem Unfallverletzten kann ihr Vorhandensein wesentlich werden; in einem Falle lenkte Schmerz im Gebiete der 10. Dorsalzone, die zum Hoden Beziehung hat, die Aufmerksamkeit auf dieses Organ, und M. konnte als Ursache der Empfindlichkeit ein Hodentrauma ermitteln und den Kranken vom Verdachte der Simulation befreien. Ein anderes Mal wies Hyperalgesie der 7.—9. Dorsalzone auf den Magen; kurz danach wurde ein Magengeschwür manifest.

Es konnten die Zonen ferner differentialdiagnostisch verwertet werden zur Entscheidung, ob ein Tumor der Leber oder Niere angehörte; die Zonen wiesen auf die Leber, die Operation gab die Bestätigung.

Im allgemeinen, bemerkt M., dürfe man nicht zuviel erwarten. Weitere Untersuchungen, besonders bei Gallen- und Nierensteinen etc., seien wünschenswert.

2) Herr W. Braun: Zur Pathogenese und Therapie des Darmverschlusses.

B. hat bei der Operation einer traumatisch entstandenen Invagination einen Befund erhoben, der die spastische Theorie der Invagination stützt. Er operierte $3^1/_2$ Stunden nach einem Hufschlage gegen die linke Bauchseite bei einem jungen Menschen eine linksseitige inkarzerierte Leistenhernie. Nach Lösung des Schnürringes floß viel klares Transsudat aus der Bauchhöhle. Die Laparotomie zeigte die zu- und abführenden Darmschlingen mäßig gebläht; entfernt von diesen war eine $^1/_2$ m lange Jejunumschlinge tetanisch kontrahiert; in ihrer Mitte fand sich ein Knoten, der sich als Invagination herausstellte, die nur durch festen Zug zu lösen war. Puls vor der Operation 48, nach der Operation 80. Heilung.

Er berichtet weiter über 2 äußerst rapid verlaufene Fälle von Darminvagination.

1) Operation 48 Stunden nach Eintritt der beim Heben einer Last entstandenen Invagination; es bestand diffuse jauchige Peritonitis. Vorlagerung und Eröffnung des Darmes. Tod.

2) 8monatliches Brustkind erkrankte nach Genuß von Pfefferkuchen. Operation 24 Stunden später. Die Invagination konnte mühsam gelöst werden. Tod kurz danach.

B. bespricht das auf Grund zahlreicher Erfahrungen im Augusta-Hospital nach folgenden Gesichtspunkten geübte operative Vorgehen bei Ileus:

1) Der Eingriff in der Bauchhöhle soll so lokal und schonend wie möglich gestaltet werden;

2) wird in jedem Falle der geblähte Darm eröffnet und durch Anlegung einer Kotfistel für dauernde, gründliche Entleerung desselben gesorgt.

Nur bei Frühoperationen und genau gestellter örtlicher Diagnose soll man darauf ausgehen, das Hindernis sofort zu beseitigen. (Demonstration eines geheilten Falles von Strangulationsileus.) Bei Dünndarmileus mit unbekanntem Sitze soll man von den kollabierten Schlingen aus das Hindernis suchen.

Bei kollabierten Pat., und auch bereits wenn erheblicher Meteorismus besteht, wird nur Entlastung des Darmes angestrebt; das systematische Suchen und die Eventration sind als zu schwere Insulte aufgegeben.

Ist es gelungen, das Hindernis zu beseitigen, und ist dabei eine schwer veränderte Schlinge gefunden, so wird sie vorgelagert. Prinzipiell wird auf primäre Resektion und Vereinigung verzichtet, ein Standpunkt, der auch für die gangränösen Hernien vertreten wird. In geeigneten Fällen werden 2 Darmschlingen vor der Eröffnung der strangulierten Stelle mit einigen Nähten zwecks späterer Anlegung der Krause'schen Anastomosenklemmen vereinigt. Nicht nur bei drohender Gangrän wird die betroffene Darmschlinge eröffnet, es wird vielmehr jetzt bei jedem Ileus für die nächsten Tage eine Kotfistel angelegt, und zwar nach dem Witzel'schen Prinzip der Fistelbildung mit Einbettung eines Drains. Die Erfahrungen damit sind gute; es ist die Besudlung und Maceration der Bauchhaut vermieden, was besonders wichtig ist, wenn zweiseitig operiert wird; die Inanitionsgefahr bei hochgelegener Fistel ist beseitigt, die Fistel schließt sich meist spontan. Als Beispiel wird ein Fall von Ileo-kolostomie bei nicht exstirpierbarem Karzinom des Colon ascendens angeführt; Entfernung des Drains am 4. Tage; es ist danach kein Tropfen Darminhalt mehr aus der Ileumfistel geflossen.

Die Entleerung des Darmes durch Punktion bezw. Inzision und sofortigen Verschluß der Wunde durch Naht ist nicht genügend, weil der Abfluß aus entfernteren Darmpartien sehr allmählich oder nur durch eingreifende Manipulationen in Gang kommt. Den Gefahren einer längerdauernden Insuffiziens oder Paralyse an der Einklemmungsstelle wird dadurch nicht begegnet.

Bei den durch Karzinom oder Striktur bedingten Verschlüssen am Dickdarme wird nur da, wo es sich leicht ausführen läßt, die betroffene Darmpartie vorgelagert und sofort oberhalb des Verschlusses eine Kotfistel angelegt; es wird ebenfalls nicht primär reseziert. In den übrigen Fällen wird zunächst nur eine Kotfistel etabliert.

Demonstration eines Pat., bei dem wegen hochgradigen Meteorismus infolge dysenterischer Mastdarmstriktur eine Coecalfistel angelegt wurde. Die Fistel schloß sich nach Bougieren des Mastdarmes spontan. Interessant war die Beobachtung, daß nach kleinen Wassereinläufen das Wasser einige Minuten später unter antiperistaltischen Bewegungen des Kolons aus der Fistel entleert wurde.

3) Herr F. Krause: Zur Freilegung des Kleinhirns und der hinteren Felsenbeinfläche.

Es besteht ein wesentlicher Unterschied, ob wir die hintere Fläche des Felsenbeines wegen Eiterung oder Tumoren freilegen müssen. Im ersten Falle reicht die v. Bergmann'sche Schnittführung stets aus. K. stellt einen 9jährigen Knaben vor, bei dem im Anschlusse an Masern eine Mittelohreiterung aufgetreten war. Die Aufmeißelung (durch Dr. Jansen) führte zunächst Heilung herbei; 3 Wochen später aber stellte sich Stirnkopfschmerz, Nackensteifigkeit, Abducenslähmung, Lichtscheu, bald auch etwas Benommenheit ein. Als die Temperatur auf 39,6, die Pulszahl auf 140 plötzlich anstieg, nahm K. in Gemeinschaft mit Dr. Jansen die Operation am 30. Mai vor. Von dem v. Bergmann'schen Schnitte aus wurde die obere Kante und hintere Fläche des Felsenbeines bis zu 7,8 cm Tiefe freigelegt, um einen an jener Fläche bis in die Nähe des Foramen jugulare liegenden extraduralen Abszeß zu entleeren; als Ursache dieses fand sich in großer Tiefe an der hinteren Felsenbeinfläche nahe der oberen Kante eine Nekrose des Knochens, welche durch eine enge Fistel mit dem Antrum in Verbindung stand. Die tiefste Stelle des Abszesses entsprach dem Orte, wo der Abducens über die obere Felsenbeinkante zieht. Der heftige ein- und gleichseitige Stirnkopfschmerz erklärt sich daraus, daß das Tentorium cerebelli, das an der hinteren Felsenbeinkante inseriert, vom Ramus recurrens des linken Trigeminusastes innerviert wird, welch letzterer die vordere Schädelgrube und die Stirn versorgt. Die bedrohlichen Erscheinungen gingen rasch, die Abducenslähmung allmählich zurück. Der Knabe wird in blühender Gesundheit vorgestellt; das Gehör hat nur wenig gelitten.

Zur Freilegung von Geschwülsten im ganzen Bereiche der hinteren Schädelgrube ist das intradurale Vorgehen erforderlich. Zunächst bespricht K. jene Tumoren an der hinteren Felsenbeinfläche, welche als Acusticusneurome bekannt und neuerdings von Henneberg und Koch als Geschwülste des Kleinhirnbrückenwinkels beschrieben sind. Bereits vor $4^1/_2$ Jahren hat K. aus anderen genau erörterten Gründen die hintere Felsenbeinfläche bis in die Gegend des Porus acusticus int. freigelegt, darüber aber noch nichts veröffentlicht. Die Methode ist folgende: Es wird die Kleinhirnhemisphäre mittels eines Haut-Periost-Knochenlappens mit unterer Basis freigelegt und die Dura mater in gleicher Weise lappenförmig nach unten geschlagen. Die Hemisphäre hebt sich, wenn der senkrecht und mit dem Kopfe etwas vornüber gebeugt sitzende Kranke nach der anderen Seite geneigt wird, durch ihre eigene Schwere vom Felsenbeine ab; leichter und äußerst vorsichtiger Zug mit K.'s Hirnspatel (dasselbe wie bei Exstirpation des Ganglion Gasseri) legt dessen hintere Fläche vollends frei. Unterbindung einer vom Sin. petr. sup. kommenden Vene; 3 cm vom Knochenrande entfernt sieht man den Acusticus und Facialis in den P. acust. int. eintreten, reichlich $^1/_2$ cm nach hinten und unten von ihnen Glossopharyngeus, Vagus und Accessorius von unten heraufziehen. Die hintere Felsenbeinfläche ist nun zugänglich.

Endlich bespricht K. die Freilegung des Kleinhirns. Tumoren sind ja hier im allgemeinen zu diagnostizieren, nur kommen leicht Verwechslungen mit Hydrocephalus internus vor. Das schwierigste aber ist die Bestimmung der Seite, auf der sie sitzen; dies ist nicht selten unmöglich. Daher rät K., gleich beide Kleinhirnhemisphären freizulegen. Ein großer rechtwinkliger Lappen mit unterer Basis umfaßt das Hinterhaupt zwischen beiden Warzenfortsätzen und reicht nach oben hin etwas oberhalb der Protuberantia occip. ext. Der Knochen wird bei nicht besonders kräftigen Leuten am besten fortgenommen. Es werden beide Sinus transversi und sigmoidei freigelegt. Die Dura mater wird dicht unterhalb jener, medianwärts dieser durchschnitten, der Sinus occipitalis doppelt unterbunden und durchtrennt, hierauf die Bedeckung beider Kleinhirnhemisphären als ein Lappen

nach unten umgeschlagen. Die Sinus transversi und das Tentorium bleiben unberührt. Wird letzteres mit dem Hirnspatel nach oben gehoben, so kann man beide Hemisphären und den Oberwurm in großer Tiefe übersehen, ferner kann man die Hirnteile abtasten, die Hemisphären auch anatomisch insidieren, wie K. getan. Die geschilderte Operation hat er bei einem 18jährigen Mädchen mit allen Symptomen des Kleinhirntumors ausgeführt. Es fand sich kein solcher, aber eine sehr erhebliche Raumverengerung der hinteren Schädelgrube durch eine enorme Kyphose des Schädelgrundes im Gebiete des hinteren Keilbeines und der Pars basilaris des Occiput. Die Operation besserte die Symptome, später traten von neuem Hirndruckerscheinungen ein und Exitus. Das sehr merkwürdige Präparat wird demonstriert.

In der geschilderten analogen Weise hat K. in einem anderen Falle beide Kleinhirnhemisphären mit Erhaltung des Knochens in zwei Sitzungen freigelegt. Der Kranke ist erst 3 Jahre später gestorben.

(Der Vortrag soll in Bruns' Beiträgen zur klin. Chirurgie erscheinen.)

4) Herr Selberg: Beiträge zur Rückenmarkschirurgie.

S. spricht über 4 von Prof. Krause operierte Fälle.

1) 24jähriges Mädchen mit Spina bifida in Höhe des 2. Lendenwirbels und Pes equino-valgus; sie hatte ohne Beschwerden mit einer Schiene gut laufen und tanzen können. Seit 1900 zunehmende Schwäche im rechten Beine, Taubsein und Kribbeln. Es fand sich an Stelle der fehlenden 2 Proc. spin. lumb. eine hühnereigroße, höchst schmerzhafte Spina bifida, außerdem Störungen der Sensibilität und Temperaturempfindungen, die auf Beteiligung der Lumbalsegmente 2—5, Sakralsegment 1 hinwiesen. Es wurde außer der Spina bifida ein gutartiger Tumor des Rückenmarkskanals angenommen, der die Kompressionserscheinungen machte. Bei der Operation fand sich ein intradurales Lipom mit der Medulla verwachsen, das abgetragen wurde. Glatte Heilung.

2) Ein 32jährigr kräftiger Mann erkrankte vor einigen Monaten mit Schmerzen der Lumbalgegend und der Beine, zu denen sich eine totale schlaffe Paraplegie der Beine mit Blasen- und Mastdarmstörungen gesellte. Totale Aufhebung aller Sensibilitätsqualitäten unterhalb der Grenze von Dorsalsegment 6 zu 7. Diagnose: Myelitis transversa oder Neubildung. Laminektomie am 4. und 5. Dorsalwirbel: es zeigten sich in der Arachnoides sulzige Infiltration und miliare Knötchen = Arachnitis tuberculosa. Exstirpation war nicht möglich. Die Wunde heilte völlig zu. Tod 15 Tage nach der Operation an Pneumonie. Demonstration des Rückenmarks.

3) 24jährige Dame, die durch Prof. Remak wegen Tumor der Cauda zur Operation überwiesen wurde. Symptome: Lähmung der linken Gesäßmuskulatur, partielle Peroneuslähmung, exzessive Schmerzhaftigkeit des Kreuzbeines und Sensibilitätsstörungen im 3.—5. Lumbalsegment. Laminektomie am 3. Lumbal- und 1. Sakralwirbel. Es fand sich ein inoperables Angiosarkom der Pia mater des 12. Dorsal- und 2. Sakralwirbels. Tod in der Nacht im Kollaps. Demonstration des Präparates.

4) 7jähriger Knabe mit Spondylitis tuberculosa, bei dem sich nach Varicellen eine totale (spastische) Lähmung der Beine, der Blase und des Mastdarmes entwickelte. Die Operation zeigte, daß 3 Wirbelkörper (5.—7. Dorsalwirbel) kariös zerstört waren, daß das Mark durch tuberkulöse Granulationen komprimiert wurde. Exkochleation derselben; dabei wurde antevertebral Eiter aus dem hinteren Mediastinum entleert; Drainage. Die Wunde heilte; die Lähmungen änderten sich erst nach 5 Monaten; jetzt, 18 Monate nach der Operation, ist die Motilität wieder hergestellt, das Allgemeinbefinden gut. Der Knabe geht selbständig und hält Urin und Kot (Demonstration).

Herr Israel erwähnt im Anschluß daran eine Operation, die er wegen eines Chondromyxosarkoms des Wirbelkörpers vorgenommen hat. Er resezierte die rechte Hälfte des 6. Dorsalwirbels; es wurde dabei die Pleurahöhle eröffnet. Das Rückenmark wurde zu Kartenblattdicke komprimiert. Das Resultat war gut, die sensiblen und motorischen Störungen besserten sich.

5) Herr Maragliano: Resektion des Pylorus und Querkolons.

M. nahm wegen eines Karzinoms des Pylorus mit Drüsen an der großen und kleinen Kurvatur die Resektion des Pylorus vor, wobei die Arteria colica media unterbunden werden mußte. Es zeigte sich schon während der Operation, daß der mittlere Teil des Colon transversum in seiner Ernährung gestört war, während die seitlichen Partien normal waren. M. resezierte nicht sofort, sondern schloß zunächst die Bauchhöhle, um sie am nächsten Tage wieder zu öffnen und das Kolon zu besichtigen. Dasselbe sah in größerer Ausdehnung schlechter aus als bei der Operation, die in Ernährung gestörte Partie war scharf begrenzt. Resektion 2—3 cm im gesunden, Vereinigung durch Murphyknopf. Pat. bekam eine Kotfistel und machte eine Bronchopneumonie durch. Die Kotfistel heilte. Er hat jetzt erheblich an Gewicht zugenommen.

M. gibt sodann einen Überblick über die Resultate der von Krause im Augustahospital vorgenommenen Magenoperationen. 13mal wurde die Magenresektion ausgeführt, 12mal wegen Karzinom, 1mal wegen Sanduhrmagens; 4 Pat. sind gestorben, 3 an Herzschwäche, 1 an Nahtinsuffizienz. 36mal wurde die Gastroenterostomie ausgeführt mit 12 Todesfällen, 5 an Pneumonie, 6 an Herzschwäche resp. Macies, 1 an Circulus vitiosus = 33% Mortalität.

M. reseziert bei sehr geschwächten Pat. nicht sofort, er macht erst die Gastroenterostomie, um 4—5 Wochen später die Resektion auszuführen.

6) Herr F. Krause: a. Über Sanduhrmagen.

Laparotomie der 41jährigen Kranken vor $1^3/_4$ Jahr. Außer sehr starker Zwerchsackform zeigte der Magen an der kleinen Kurvatur, genau gegenüber der tiefen Furche, ein fingergliedgroßes, infiltriertes Ulcus; fingerdicke Kommunikation zwischen den Teilen des Zwerchsackes. Resektion des erkrankten Teiles als 2 Finger breiten Streifens und Vereinigung der Magenschnittränder durch zweireihige Seidennaht. Heilung.

b. Ersatz des gelähmten Quadriceps femoris durch die Flexoren des Unterschenkels.

Vorstellung eines 13jährigen Knaben, der mit gutem Resultate nach Krause's Methode (s. Deutsche med. Wochenschrift 1902 Nr. 13) Ende Juli 1902 operiert wurde. Der Kranke kann das Kniegelenk aktiv strecken und geht den ganzen Tag ohne Beschwerden umher. **R. Wolff** (Berlin).

---

22) **K. Franze.** Zur Statistik und Kasuistik des primären Extremitätenkrebses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1.)

In der v. Hacker'chen Klinik wurden in den Jahren 1882—1901 insgesamt 21 Fälle von primärem Extremitätenkarzinom beobachtet. Dieselben betrafen 8mal den Unterschenkel und das Knie, 6mal den Handrücken, 4mal die Fußsohle und Ferse, 2mal den Oberschenkel und einmal den Vorderarm.

Nach dem Vorgange von Rudolf Volkmann teilt F. dieselben in 3 Gruppen ein. Der ersten Gruppe gehören diejenigen Karzinome an, welche aus einer Narbe oder aus Fisteln, Geschwüren oder entzündlich veränderter Haut entstehen. Dieser Gruppe ließen sich 11 Fälle einreihen. Die Karzinome der zweiten Gruppe entwickeln sich aus Muttermälern und angeborenen oder erworbenen Warzen. Dafür fanden sich 5 Beispiele, 2 für die Entstehung aus kongenitalen, 3 für diejenige aus später erworbenen Warzen. Der dritten Gruppe gehören diejenigen Karzinome an, welche sich ohne nachweisbare Ursache auf anscheinend normaler Haut entwickeln. Auf diese Gruppe entfallen die letzten 5 Beobachtungen.

Bei einer Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Statistiken der primären Extremitätenkarzinome ergibt sich eine definitive Heilung in 65,2%, ein tödlicher Ausgang in 34,8% der Fälle. **Blauel** (Tübingen).

23) W. Müller. Heilung eines Falles von Tetanus nach Duralinfusion von Tetanusantitoxin.

(Deutsche Ärztezeitung 1902. Nr. 18.)

Mit der Mehrzahl der Chirurgen teilt Verf. die Ansicht, daß das Tetanusantitoxin die in dasselbe gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt habe und hat sich daher der von v. Leyden veröffentlichten Einverleibungsart durch Lumbalpunktion, welche bessere Erfolge versprach, zugewendet.

In der Tat gelang es damit, einen sehr schweren traumatischen Tetanus zu heilen. Nach einer gewöhnlichen subkutanen Injektion erhielt Pat. in Zwischenräumen von 2—3 Tagen 4 subdurale Infusionen von 5 ccm Antitoxinserum. Die Punktion wurde stets in Narkose nach Ablassen von 10 ccm Cerebrospinalflüssigkeit vorgenommen. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

24) Kreibich. Behandlung der Aktinomykose mit lokalen Jodipininjektionen.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Sitzung vom 17. Januar 1902.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 4.)

K. hat an Stelle der lokalen schmerzhaften Jodkaliinjektionen resp. der inneren Verabreichung von Jodkali in 3 Fällen von Aktinomykose im Gesicht (2 der Wangenhaut, 1 am Unterkieferwinkel) innerhalb 5 Wochen durch Jodipin Heilung erzielt, die im zuletzt behandelten Falle auch schon über $4^1/_2$ Monate anhält. Verbraucht wurden 2mal ca. 30 g des 10%igen, im 3. Falle 30 ccm des 25%igen Jodipins. Die Injektionen sind nicht schmerzhaft. In dem letzten Falle war die Anschwellung der Wange etwa handtellergroß und zeigte das typische Bild der Hautaktinomykose. Es trat hier eine völlige Restitutio ad integrum der Haut ein, die von der Unterlage abhebbar ist. Injiziert wurden in 4—5tägigen Intervallen je 3 ccm. Nach den Erfahrungen des 3. Falles rät K., von dem 25%igen Präparat Gebrauch zu machen. **Hübener** (Dresden).

25) A. Lambotte. Note sur une nouvelle suture osseuse. Fixateur à vis pour les fractures des os longs.

(Journ. de chir. et annal. de la soc. belge de chir. 1902. Nr. 4.)

L. hat zur Fixation von Knochenbruchstücken einen Apparat konstruiert, der eine weitere Ruhigstellung unnötig machen soll, also die Bewegung der anliegenden Gelenke gestattet und der bequem anzulegen und abzunehmen ist. Der Apparat besteht aus 4 Eisenstäben. Je 2 werden in ein Knochenfragment eingeschraubt. Die anderen Enden werden durch 3 starke Schrauben zwischen 2 Stahlplatten zusammengehalten. Angelegt wird der Apparat in folgender Weise: Die Bruchstelle wird durch einen genügend großen Schnitt freigelegt. Das Periost braucht nicht abgelöst zu werden. Nach der Reposition wird 2 cm oberhalb der Bruchlinie an der dicksten Stelle des Knochens genau senkrecht ein Loch bis in die Markhöhle gebohrt und der erste Eisenstab angeschraubt. Der zweite wird in derselben Weise etwa 2 Querfinger weiter oben befestigt. Die beiden letzten Stäbe kommen an die entsprechenden Stellen des anderen Fragments. Dann werden die Stäbe zwischen die Stahlplatten festgeschraubt. Die Wunde wird bis auf die Durchtrittsstellen der Stäbe genäht. Eine weitere Ruhigstellung des verletzten Gliedes ist nicht nötig.

Der Apparat wird in 3 Größen für Femur-, Tibia- und Humerusbrüche hergestellt. Verf. hat ihn 3mal bei 2 Oberschenkelbrüchen und einem Schienbeinbruch angewendet. Die Kranken stehen vor der Heilung.

Die Hauptschwierigkeit beim Anlegen des Apparates besteht nach Verf. darin, die 4 Eisenstäbe in einer Linie im Knochen zu befestigen, da bei der geringsten Neigung eines Stabes nach der Seite sich das untere Fragment mitdreht.

Läwen (Leipzig).



26) C. Frazier and W. Spiller. A further report upon the treatment of tic douloureux by division of the sensory voot of the Gasserian ganglion.

(Philadelphia med. journ. 1902. Oktober 25.)

F. hat vor einem Jahre bei einer 68jährigen Frau wegen Trigeminusneuralgie die sensible Wurzel des Ganglion Gasseri durchschnitten. Die Frau ist seitdem frei von Anfällen geblieben. Haut, Kornea und Konjunktiva der betreffenden Seite sind noch völlig anästhetisch. An der Hornhaut haben sich keine Geschwüre gebildet. F. knüpft an diesen Fall eine Reihe von Erwägungen, die zu gunsten der Durchschneidung der sensiblen Wurzel des halbmondförmigen Ganglions gegenüber der gänzlichen Entfernung desselben sprechen.

Eine der Hauptschwierigkeiten, die bei der Operation zu überwinden sind, ist die Blutung. Dieselbe kann erfolgen aus der Art. meningea media, den Venenemissarien und dem Sinus cavernosus. Das Ganglion erhält in der Hauptsache seine Blutzufuhr von unten her. Die erheblichste Blutung erhält man daher, wenn man, wie es bei der Totalexstirpation nötig ist, das Ganglion von der Schädelbasis abzulösen hat. Dieser zeitraubende und schwierige Akt der Operation fällt bei der einfachen Durchschneidung der sensiblen Wurzel ganz weg. Auch eine Verletzung des Sinus cavernosus ist bei letzterer Operation nicht so leicht möglich, da man mehr an der hinteren Seite des Ganglions arbeitet, während der Sinus an der inneren Seite desselben liegt. Nach F.'s Erfahrung ist es wohl möglich, bei der Durchschneidung der sensiblen Wurzel die motorische zu schonen. (Im berichteten Falle ist es nicht geschehen.) Man vermeidet hierdurch die Lähmung der Kaumuskulatur, die bei beiderseits nötiger Operation bedenklich werden kann. Die bei der Exstirpation unvermeidliche Durchschneidung des mit dem Ram. ophthalmicus verlaufenden N. abducens fällt bei Durchtrennung der sensiblen Wurzel weg. F. hofft, durch die leichtere Vermeidung von Nebenverletzungen werde sich auch die Sterblichkeit der Operation bessern.

S. hat mit F. Versuche an Hunden gemacht und glaubt, daß die Möglichkeit einer Regeneration der sensiblen Wurzel nach der Durchschneidung nur eine entfernte sei. Diese Ansicht wird durch die Ergebnisse der Untersuchungen Bethés gestützt, nach denen nur die mit einer Schwann'schen Scheide versehenen Nerven regenerieren zu können scheinen. In F.'s Falle ist die Hautanästhesie auf der operierten Seite durch 1 Jahr dieselbe geblieben. Es haben sich nach S.'s Ansicht, selbst wenn sich im übrigen Teil des Nerven neue Achsencylinder gebildet haben, diese dort nicht gebildet, wo die Schwann'sche Scheide fehlt, namentlich am Eintritt der sensiblen Wurzel in die Brücke. S. glaubt, bei Durchschneidung der sensiblen Wurzel werde sich nicht so leicht ein Rezidiv bilden, da sich das periphere Ende der Wurzel zurückziehe, und für die neuen Nervenfasern die Erreichung einer Verbindung mit dem tief in der Brücke gelegenen sensorischen Trigeminuskern durch den subduralen Raum hindurch sehr erschwert sei. Auf Grund dieser Erwägungen stellt S. für künftige Operationen die Forderung auf, die sensible Wurzel dicht an der Brücke abzuschneiden und möglichst viel von ihr zu resezieren. S. bringt auch das Fehlen von Hornhautveränderungen mit dem Erhaltenbleiben des Ganglions in Beziehung. Er vermutet, daß das Ganglion einen trophischen Einfluß auf die peripheren Trigeminusäste ausübe.

Läwen (Leipzig).

27) F. T. Stewart and R. H. Harte. A case of severed spinal cord in which myelorrhaphy was followed by partial return of function.

(Philadelphia med. journ. 1902. Juni 7.)

Der Heilungsverlauf mancher Rückenmarksverletzungen spricht für die Wahrscheinlichkeit, daß sich die zerrissenen Nervenstränge im Marke regenerieren können. Es sind Fälle bekannt, bei denen sich die Funktion voll wiederherstellte, obwohl durch die Kompression und die darauffolgende Myelitis zahlreiche Achsencylinder zerstört waren. Ferner sind Fälle, bei denen alle Symptome für eine

völlige quere Zerquetschung des Markes sprachen, zur Ausheilung gelangt. Diese Fälle sprechen gegen die Annahme Schiff's, daß nur eine funktionelle Wiederherstellung eintrete, indem der unverletzte Teil des Markes die Funktion des verletzten übernehme.

Auf Grund des folgenden, im Pennsylvania-Hospital zu Philadelphia beobachteten Falles halten Verff. bei Durchtrennung des Markes mit einem scharfen Instrument oder einem Geschoß die Naht für indiziert.

Eine 26jährige Frau hatte aus einem Revolver (Kaliber 32) 2 Schüsse in den Rücken bekommen. Das eine Geschoß konnte leicht aus der Einschußöffnung in der rechten Lendengegend entfernt werden. Das andere war an einem Punkte etwa 1 Zoll nach rechts vom 7. Brustwirbel in den Rückenmarkskanal eingedrungen. Die Verletzte hatte, als sie den Schuß erhielt, keine Schmerzen. Dann stellte sich das Gefühl ein, als ob die untere Körperhälfte fehlte. Schließlich wurde sie bewußtlos. Bei der Untersuchung fand sich eine Lähmung beider Beine und Aufhebung der Hautanästhesie im unteren Körperabschnitte bis zu einer Linie, die hinten quer durch den unteren Teil des 10. Brustwirbels, vorn durch einen Punkt $3^1/_4$ Zoll oberhalb des Nabels ging. Über diesem Hautgebiete fand sich ein Abschnitt von Hyperästhesie, der bis zum Schwertfortsatz reichte, aber noch vor der Operation ebenfalls anästhetisch wurde. Die Reflexe der unteren Extremitäten waren aufgehoben.

3 Stunden nach der Verletzung wurde in Äthernarkose durch einen etwa 5 Zoll langen Schnitt der 7. Brustwirbel freigelegt. Der rechte Bogen desselben war völlig zerschmettert, der linke an der Basis gebrochen. Mit Hilfe von Zangen wurden die Dornfortsätze und Bögen des 7. und 8. Brustwirbels entfernt und hierdurch die verletzte Markpartie freigelegt. Das Mark war quer durchtrennt. Zwischen den Fragmenten lagen das Geschoß und zahlreiche Knochensplitter. Nach Entfernung derselben betrug der Defekt $^3/_4$ Zoll. Es gelang mit einer feinen Nadel die beiden Fragmente durch 3 Chromkatgutnähte zu vereinigen. Die eine Naht durchgriff das Mark in der ganzen Dicke von vorn nach hinten, die beiden anderen wurden quer gelegt. Schwierigkeiten stellten diesem Teile der Operation die Enge des Wundgebietes, die weiche Konsistenz des Markes und der weite Defekt in demselben entgegen. Das Katgut riß mehrfach aus. In den Rückgratskanal wurde für 24 Stunden ein Gazedrain eingeführt. Muskel- und Hautnaht. Die Wundheilung verlief ohne Störung.

Das Gebiet der Hautanästhesie nahm an Ausdehnung allmählich von oben ab. Am 34. Tage nach der Operation wurden Nadelstiche vorn bis zu den Poupart-schen Bändern, hinten über dem Kreuzbein gefühlt und mit reflektorischen Muskelzuckungen beantwortet. Lokalisiert wurden Nadelstiche nach 16 Monaten bis zu einer Linie quer durch einen Punkt $2^1/_2$ Zoll unter dem Nabel. Tast-, Temperatur-, Schmerz- und Ortssinn stellten sich überall bis zu einem gewissen Grade wieder her. Auch die Reflexe der unteren Extremitäten, insbesondere die Patellarreflexe sowie der Rektusreflex, traten wieder auf. Die motorische Lähmung ging erheblich zurück. Nach 16 Monaten vermochte Pat. die Zehen, Unter- und Oberschenkel zu beugen und zu strecken. Auch die Rotation im Hüftgelenk konnte wieder ausgeführt werden. Auf eine Stuhllehne mit der Hand gestützt vermochte die Kranke selbst zu stehen. Die Blasenfunktion besserte sich wesentlich. Während der Urin in der ersten Zeit nicht spontan entleert werden konnte, erfolgten nach 16 Monaten täglich 3 Spontanentleerungen. Nur im Schlafe blieb etwas Inkontinenz zurück. Auch die Mastdarmlähmung ging zurück. Nach 6 Wochen konnte der Stuhl noch nicht gehalten werden, doch konnte die Kranke den Abgang desselben merken. Nach 16 Monaten erfolgte jeden 2. Tag eine normale Entleerung. Bei Durchfall blieb eine gewisse Inkontinenz bestehen. Die Menses stellten sich nach 7 Monaten wieder ein, blieben regelmäßig, waren aber mit Schmerzen im Unterleib und Beinen verbunden. Trophische Störungen an den Hautgebilden traten nicht auf.

An der Leiche gelang es Verf., einen 1 Zoll langen Rückenmarksdefekt durch die Naht auszugleichen. Läwen (Leipzig).

28) Fontana e Vacchelli. Sopra quattro casi di deformità congenita della mano di cui tre famigliari.

(Arch. di ortopedia 1902. Nr. 2.)

F. und V. beobachteten 4mal eine angeborene Verkürzung des 4. Metakarpus um etwa 1/3 seiner Länge als einzige Anomalie der Hand; bei zwei Schwestern an beiden, ihrer Mutter an der linken Hand, und an einer nicht mit jenen verwandten Frau an der linken. Das Köpfchen des Metakarpus ist etwas flacher als normal, die Gelenkverbindung lockerer, die Funktion der Hand kaum gestört. Weitere erbliche Beziehungen waren nicht nachzuweisen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

29) Bannes. Zur Kasuistik der Luxatio carpo-metacarpea.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 34.)

Durch Hufschlag, während Pat. eine Peitsche in der Hand hielt, war eine dorsale Verrenkung des 2. und 3. Metakarpalknochens im obigen Gelenke entstanden. Das Röntgenbild bestätigt die Diagnose. Einrenkung durch Zug am Mittelfinger und Druck auf die herausgetretenen Basen der Metakarpalknochen.

Borchard (Posen).

30) G. Gotti (Parma). Su di un caso di lipoma della mano.

(Clinica chirurgica 1902. Nr. 6.)

16jähriger Bursche hat seit 9 Jahren etwa, nach einer Quetschung der rechten Hand, an dieser, sowohl an der Palma wie am Dorsum, entsprechend dem 2. bis 4. Metakarpus je eine »mandarinen«-große Geschwulst, unter der unveränderten Haut verschieblich, aber in der Tiefe fixiert, mit glatter Oberfläche, derb elastisch, schmerzlos. Keinerlei Funktionsstörung. Die Geschwulst ist ein Lipom, welches in seinen beiden Teilen durch eine Brücke im 2. Intermetakarpalraum zusammenhängt. G. möchte dieser Form, neben den vier gewöhnlich beschriebenen Gruppen von Lipomen an der Hand, eine selbständige Stellung zuweisen, weil die Geschwulst, wie sich bei der Operation ergab, aus dem Zellgewebe unter der Aponeurosis palmaris profunda zwischen dieser und den Knochen und Mm. interossei ihren Ursprung hatte.

J. Sternberg (Wien).

31) R. Grässner. Zur Kasuistik der Hüftgelenkspfannenbrüche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIV. p. 576.)

Beckenbrüche und unter ihnen die Pfannenbrüche leichteren Grades werden außerordentlich leicht und oft übersehen und als Kontusionen behandelt. Bei gründlicher und zweckmäßiger Untersuchung sind sie aber unschwer als häufiger zu konstatieren, wie G. dadurch beweist, daß er über 7 einschlägige Fälle berichten kann, welche von Anfang September 1901 bis Ende Mai 1902 im Kölner Bürgerhospital beobachtet wurden, und denen noch 2 Fälle aus Bardenheuer's Privatpraxis sich anreihen. Die Einzelheiten (s. Original) übergehend, führen wir nur die von G. als charakteristisch für die Pfannenbruchdiagnose bezeichneten Symptome an: »Heftige Schmerzen im Hüftgelenk bei Druck auf den Trochanter und bei Stoß gegen die Ferse, keine Verkürzung des Beines, Rand der Trochanterspitze in der Roser-Nélaton'schen Linie, Annäherung des Trochanters an die Mittellinie mit Abflachung der Trochantergegend, beschränkte und schmerzhafte Innenrotation, Druckempfindlichkeit der Pfannengegend bei tiefen Eindrücken dicht über dem Lig. Pouparti in die Regio hypogastrica, druckempfindliche Vorwölbung der Pfannengegend bei rektaler Untersuchung. Überdies zeigt auch das Röntgenbild die Vorwölbung resp. Fraktur des Pfannenbodens und läßt dasselbe eine eingekeilte Schenkelhalsfraktur ausschließen (cf. Skizze eines Skiagramms, auf welchem ein spitziges Fragment zu sehen ist). Nicht beobachtet wurden in den Kölner Fällen Krepitation bei Druck auf den Trochanter und Ekchymosen oberhalb des Poupart'schen Bandes. In einem Falle erfolgte durch einen Riß in der Vena iliaca tödlicher Ausgang. Die Behandlung bestand in Extension nach

Bardenheuer: Längsstreckung des ganzen Beines, dazu Querextension des oberen Oberschenkelendes nach außen, um den Schenkelkopf aus der gebrochenen Pfanne abzuziehen. Um Ausweichen nach der gesunden Seite zu verhüten, außerdem noch Querextension über die Hüfte nach der kranken Seite.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) **W. Whitehead.** Observations on the »open method« of treating exceptional cases of septic arthritis of the knee.

(Brit. med. journ. 1902. Juni 21.)

Bei einem Manne, welchem der innere halbmondförmige Zwischenknorpel des Kniegelenkes entfernt worden war, trat unglücklicherweise eine septische Entzündung des Gelenkes ein. Die sehr schweren Allgemeinerscheinungen gingen nach Inzision und Drainage des Gelenkes nicht zurück. Die vorgeschlagene Amputation wurde verweigert, weshalb sich W. entschloß, das Gelenk weithin freizulegen. Es wurden nach querer Durchsägung der Kniescheibe bei Beugstellung die Ligg. cruciata durchschnitten, alle Exsudatmassen entfernt, das Gelenk leicht mit Jodoformgaze ausgefüllt und in stark flektierter Stellung verbunden. Der Erfolg war sehr gut, das Fieber und die sonstigen Allgemeinerscheinungen gingen zurück. Vom 14. Tage an wurde das Gelenk allmählich gestreckt. Das obere Kniescheibenstück mußte noch entfernt werden, und nach Deckung des schließlich restierenden ziemlich breiten Granulationsstreifens mittels Transplantationen nach Thiersch trat völlige Heilung ein.

Weiss (Düsseldorf).

33) **Brünig.** Über die Luxatio tibiae anterior. (Aus dem Krankenhause Bergmannstrost in Halle.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 38.)

Fall von Luxatio tibiae anterior mit schwerer Verschiebung der Knochen und rasch eingetretener Gangrän an der Fußsohle, Lähmung des Unterschenkels und Fußes. Kniescheibe in einem Winkel von 20° zum Oberschenkel geneigt, Tibia um $7^1/_2$—8 cm nach oben und vorn medianwärts verschoben. Reposition 18 Stunden nach dem Unfall durch Zug bei geringer Flexion und durch direkten Druck. Amputation des Fußes nach Pirogoff 4 Monate später. Gutes Röntgenbild.

Kramer (Glogau).

34) **A. Schanz.** Ein Fall von Luxation des Fußes nach hinten.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 2.)

Verf. publiziert die Krankengeschichte des seltenen Falles einer Verrenkung des Fußes nach hinten und gibt zum ersten Male ein Skiagramm dieser Verletzung. Der Mechanismus der Entstehung der vorliegenden Verrenkung war ein von dem gewöhnlichen abweichender. Zu einer Plantarflexion des Fußes kam noch ein direkter Stoß, welchen das Gewicht des fallenden Körpers auf das untere Tibiaende im Sinne und in der Richtung der Luxation ausübte, so daß direkte und indirekte Gewalt zusammenwirkten.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

35) **Liebetrau.** Über primäre Sarkome des Calcaneus.

Inaug.-Diss., Jena, 1902.

An der Hand eines kasuistischen Materials von 13 Beobachtungen und einer weiteren aus der Jenenser Klinik bespricht L. ausführlich das Symptomenbild, histologischen Charakter etc. des Calcaneussarkoms.

Gross (Jena).

36) **Busalla.** Über plastische Deckung von Knochenhöhlen, nebst einem Falle von osteoplastischem Ersatz des Os cuboides.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 2.)

Verf. gibt die Krankengeschichte eines Pat., bei dem er einen Ersatz des durch Tuberkulose zerstörten Os cuboides erstrebt hat, um die Gebrauchsfähigkeit

des Fußes ohne Deviation seines vorderen Teiles gegen den hinteren Abschnitt, welche mit Sicherheit zu erwarten gewesen wäre, auf operativem Wege zu erzielen. Das Wesentliche des Verfahrens bestand in der Bildung eines Haut-Periost-Knochenlappens, dessen Basis in der Wundumgebung lag und dessen Spitze ein markstückgroßes, 1 cm dickes Knochenstück aus dem Fersenbein enthielt. Unter Drehung des plastischen Lappens um 60° wurde die das Knochenstück enthaltende Spitze desselben in die Knochenhöhle hineingeschlagen und mit den Wundrändern vernäht.

Nach einiger Zeit wurde die Lappenbasis durchtrennt und der noch bestehende Hautdefekt mit Thiersch'schen Läppchen gedeckt. Das schließliche Endresultat war ein sehr gutes. Das erstrebte Ziel wurde völlig erreicht.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

37) **F. Hahn.** Aneurysma varicosum eines Saphenaastes als Schenkelbruch fehldiagnostiziert.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 37.)

Die über mannsfaustgroße, bewegliche, nach unten scharf abgrenzbare Geschwulst, die sich durch den Schenkelring kontinuirlich in den Bauch fortsetzte, sollte nach Angabe der Pat. schon seit Jahren bestanden haben; es schien ein irreponibler Netzbruch zu sein, in welchem sich frische entzündliche Veränderungen entwickelten (Ödem der Haut), erwies sich aber bei der Operation als ein geschwulstartiger Varix eines hochabgehenden Astes der V. saphena magna, der in derbes schwieliges Gewebe, das sich in den Schenkelring fortsetzte, eingebettet war, und ließ sich ohne größere Blutung gut exstirpieren. Heilung. Bemerkenswert ist noch, daß am ganzen rechten Bein ausgedehnte Varicen bestanden. Die apfelgroße Geschwulst hatte etwas Traubenform und war mit geronnenem Blute ausgefüllt; die Thromben setzten sich in die V. saphena fort. — Anschließend an den Fall bespricht H. noch die operative Behandlung der Varicen der unteren Extremitäten, um die Resektion der Saphena dicht an der Einmündungsstelle in die Cruralis an der Fossa ovalis mit Madelung'scher Varicenausschälung als das sicherste und als ein durchaus nicht besonders gefährliches Verfahren zu empfehlen.

Kramer (Glogau).

38) **Wenzel.** Tratamiento quirúrgico, de las várices y úlceras varicosas por la incision circular del muslo.

(Revista de la soc. méd. Argentina 1902. Nr. 54.)

Verf. hat 21 schwere Fälle von Unterschenkelgeschwüren mit circulärer Durchschneidung von Haut und Muskel behandelt. Der Schnitt wird zwischen unterem und mittlerem Drittel des Muskels, niemals tiefer angelegt. Vermeiden soll man die Verletzung der Gefäße und, wenn möglich, die der kleineren Hautnerven. Wenn Venen mit der Haut fest verwachsen sind, sollen sie oberhalb des Schnittes unterbunden werden. In sämtlichen Fällen erfolgte Heilung per primam, und dieselbe blieb stets eine dauernde; weder Varicen noch Geschwüre kehrten je wieder. Das Geschwür selbst wird nur mit Gaze bedeckt. **Dreyer** (Köln).

39) **A. Pentz.** Zur Behandlung der Varicen und der varikösen Ulcera.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

Bericht über 56 Operationen aus der Helferich'schen Klinik. Es wurde teils mit Saphenaunterbindungen, teils mit Varicenexstirpation vorgegangen. 21 Fälle konnten nachkontrolliert werden. Die Unterbindung wies 10% Rezidive, die Exstirpation 30% Rezidive auf. **Bertelsmann** (Hamburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,

in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. Sonnabend, den 17. Januar. 1903.

(Aus dem Evangelischen Hospital in Odessa.)

Bemerkungen zur Anlegung der künstlichen Gallenblasen-Darmfistel.

Von

H. Thomson.

Unlängst hat Radsiewsky[1] 56 Fälle von künstlichen Gallenblasen-Darmfisteln zusammengestellt, um auf Grundlage derselben die Frage bejahend zu entscheiden, daß die Anlegung einer solchen Fistel keine Gefahr einer schwereren Infektion der Gallenwege etc.

[1] Mitteil. aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie 1902. Bd. IX. p. 659.

nach sich zieht. Dennoch wären noch weitere, besonders länger dauernde klinische Beobachtungen erwünscht. Unter den 56 Fällen ist der Murphyknopf 6mal zur Vereinigung der Gallenblase mit dem Darme verwandt worden; in 4 Fällen trat Genesung ein und nur 1mal in diesen 6 Fällen wurde sicher der Abgang des Murphyknopfes am 18. Tage beobachtet. Infolgedessen kommt der Autor zu dem Schlusse, daß die Bedingungen für den spontanen Abgang des Murphyknopfes im allgemeinen hier wenig günstig liegen, da die Vis a tergo, der Darminhalt und die Peristaltik, fehlen.

Ich habe schon im Jahre 1895 in einer Arbeit[2] über den Murphyknopf denselben gerade bei der Cholecystenterostomie empfohlen. Die Arbeit ist in russischer Sprache erschienen und hat wohl auch deswegen weiter keine Berücksichtigung gefunden. Neben Tierversuchen berichtete ich über eine günstig verlaufene Cholecystenterostomie: Bei der 47 Jahre alten, schlecht genährten, ikterischen Pat. war die Cholecystostomie gemacht worden, Steine wurden nicht gefunden, der Ductus choledochus war verdickt. Der Ikterus verschwand, die Fäces blieben entfärbt, die tägliche Gallenmenge aus der Bauchdecken-Gallenblasenfistel betrug 300—400 g. — Zur Beseitigung dieser Fistel wurde von mir nachher die Cholecystenterostomie ausgeführt, wobei die entsprechende Wandpartie der Gallenblase mit dem dem Duodenum zunächstliegenden Darmabschnitte vermittels eines Murphyknopfes vereinigt wurde; keine Steine, der verdickte Ductus choledochus von harter Konsistenz. Die Operation ging glatt und schnell von statten, der Verlauf ohne Störung. Vom 8. Tage ab klagte die Kranke darüber, daß ein Knopf in ihrem Leibe herumwandere — die Pat. wußte nichts von der Anwesenheit des Murphyknopfes —; keine besonderen Beschwerden. Am 25. Tage ging der Knopf ab, die Fäces normal gefärbt. Daß der Knopf in der Ampulla recti nicht längere Zeit zurückgehalten war, wurde durch mehrfache Rektaluntersuchungen festgestellt. Nach Anfrischung und Vernähung der durch die Cholecystostomie gesetzten Bauchdecken-Gallenblasenfistel trat vollständige Heilung ein, der Zustand der Kranken war ein ausgezeichneter. Nach einigen Monaten sah ich Pat. wieder; sie war abgemagert, klagte über Schmerzen in der Magengegend, die Gallenfunktionen waren normal. Die Kranke ist dann einige Zeit nachher zugrunde gegangen, wahrscheinlich infolge einer bösartigen Neubildung.

Murphy, der seinen Knopf selbst in 1620 Fällen mit sehr gutem Erfolge bei Erkrankungen verschiedenster Art anwandte (Revue de chirurgie), erzielte schon lange günstige Resultate bei der Cholecystenterostomie (New York med. record 1894). Der relativ kleine Knopf findet beim Passiren der Därme kein Hindernis; infolge der dünnen Wandungen, im Gegensatze zur Magenwand, wird der Knopf nicht an Ort und Stelle zurückgehalten, auch wird die Heilung durch

---

[2] Südrussische med. Zeitung 1895. Nr. 1 u. 2.



ungünstige mechanische Momente, etwa stark andrängenden Darminhalt etc., nicht wesentlich beeinträchtigt.

Die Befürchtung, daß der Knopf in die Gallenblase hineinfallen und dort zurückgehalten werden könne — in der mir zugänglichen Kasuistik habe ich übrigens keinen solchen Fall finden können —, ist wohl bei richtiger Applikation des Knopfes nicht begründet.

Aus einer soeben erschienenen Arbeit aus der Heidelberger chirurgischen Universitätsklinik von Merk[3] ersehen wir, daß unter 9 Anastomosenbildungen zwischen der Gallenblase und dem Darme 5mal dieselbe mit dem Murphyknopfe zustande gebracht wurde. In 3 Fällen trat Heilung ein, und der Murphyknopf ging am 19., 18. resp. 12. Tage ab. In einem weiteren Falle trat der Tod am 2. Tage p. op. infolge einer hämorrhagischen Diathese ein; in einem anderen erfolgte er am 12. Tage an Herzschwäche und Peritonitis (der Knopf war offenbar noch am Platze). Ein daselbst mitgeteilter komplizierter Fall von Choledochuskarzinom etc. wurde u. a. auch vermittels einer Cholecystenterostomie mit Murphyknopf behandelt; nach 6 Wochen konnte bei einer erneuten Operation der Knopf nicht gefunden werden, weder an der bleistiftdicken Anastomose noch sonst irgendwo. Somit dürften auch diese Erfahrungen die Brauchbarkeit des Murphyknopfes darlegen, zumal die fernere Beobachtung der 3 genannten Murphyknopf-Fälle bis gegen 2 Jahre schließlich einen guten Zustand feststellte. — Beispielsweise berichtet noch Pendl (Wiener klin. Wochenschrift 1900 Nr. 22) über einen mit Murphyknopf behandelten Fall von Cholecystenterostomie (Pankreaskarzinom); der Knopf ging nach 14 Tagen ab, Besserung. Auch Sudeck (Mitteilungen aus den Hamburg. Staatskrankenanstalten Bd. III Hft. 3) gibt an, daß zur Gallenblasen-Dünndarmanastomose ein kleiner Murphyknopf mit sehr gutem Erfolge benutzt wurde. — Nach allen diesen Erfahrungen dürfte der bei einiger Übung schnell und leicht zu applizierende Murphyknopf gerade bei der Cholecystenterostomie eine günstige Verwendung finden.

---

1) **C. Monod** et **J. Vanverts.** Traité de technique opératoire. T. II.

Paris, Masson et fils, 1902. 1007 S. 975 Fig. im Texte.

Mit diesem 2. Bande liegt das Werk abgeschlossen vor, dessen ersten Band Ref. — d. Bl. 1902 p. 913 — günstig besprechen konnte. Ich füge hinzu, daß das dort ausgesprochene Urteil durchaus für das ganze Buch Gültigkeit hat. Dieser 2. Teil bringt auch die operative Gynäkologie in großer Ausführlichkeit, während eigentümlicherweise operative Eingriffe am erkrankten Pankreas ebensowenig Erwähnung finden, wie die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speise-

[3] Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie 1902. Bd. IX. p. 445.

röhre mit Hilfe des Ösophagoskops. Überhaupt ist die Bearbeitung der einzelnen Kapitel nicht ganz gleichmäßig: während das eine Thema — z. B. Prostatektomie — besonders ausführlich behandelt wird, muß sich ein viel wichtigeres — wie die Behandlung des brandigen bezw. brandverdächtigen Darmes bei Herniotomie — mit wenig Seiten begnügen. Trotzdem ist die Anschaffung des Werkes — dem zur schnellen Orientierung zwei ausführliche alphabetische Inhaltsverzeichnisse beigegegeben sind — sehr zu empfehlen.

Richter (Breslau).

---

2) **F. Lejars.** Technik dringlicher Operationen. Nach der dritten, vermehrten und verbesserten französischen Auflage ins Deutsche übertragen von Dr. Hans Strehl. 2. u. 3. Lfg.

Jena, **G. Fischer,** 1902. XIII u. 1083 S. 751 Figuren.

Durch schnelles Aufeinanderfolgen der drei Lieferungen ist das gute, brauchbare Buch, dessen französisches Original mehrfach und wesentlich günstig, namentlich in seiner dritten Auflage, besprochen werden konnte, auch in seinem deutschen Gewande als rühmenswertes Lehr- und Nachschlagebuch für das weite Gebiet unaufschiebblicher Operationen einschließlich den Einrichtungen von Verrenkungen und Knochenbrüchen, nun auch unserer Ärztewelt leicht zugänglich gemacht worden. Seinem von v. Eiselsberg geschriebenen empfehlenden Vorwort schließt sich Ref. in jeder Beziehung an.

Richter (Breslau).

---

3) **E. Ullmann.** Die Fortschritte der Chirurgie in den letzten Jahren. Für praktische Ärzte bearbeitet.

Wien, **Fr. Deuticke,** 1902. 277 S.

In dem vorliegenden Werke hat Verf., wie er im Vorwort angibt, den Versuch gemacht, die in dem Zeitraum 1895—1900 erschienenen chirurgischen Arbeiten zu sammeln und zu sichten, eine gewiß nicht leichte Arbeit in Anbetracht des emsigen Fleißes, mit welchem auf dem Gebiete der Chirurgie überall in den letzten Jahren geschafft ist. Verf. hat sich nicht nur mit dieser Sammlung und Sichtung begnügt, sondern auch häufig über verschiedene Punkte seiner eigenen Ansicht Ausdruck verliehen.

Das Werk zerfällt in zwei Teile; im ersten Teile werden die Fortschritte der allgemeinen im zweiten Teile die der speziellen Chirurgie angeführt. Bei der Fülle des Inhaltes können die Unterabschnitte der Teile nicht bis in alle Einzelheiten besprochen werden.

Der allgemeine Teil beginnt mit der Besprechung der neueren Ansichten über die gebräuchlichen Mittel zur allgemeinen Narkose und lokalen Anästhesie; auf die Vorbereitungsarten zur Narkose, Atropininjektionen (Fränkel), Digitalis und Strophanthus (Kader) wird hingewiesen. Es folgt die Besprechung der verschiedenen Methoden, um die Quellen der Infektion bei Operationen möglichst

auszuschalten, Verbesserung der Händedesinfektion, Kopfbedeckung, Handschuhe etc. Dann werden die Infektionskrankheiten, welche für den Chirurgen von besonderem Interesse sind, Tuberkulose, Syphilis, Lepra, Aktinomykose etc. durchgegangen und die neueren Ansichten über allgemeine Geschwulstlehre und die parasitäre Natur einzelner Geschwülste entsprechend gewürdigt.

Nach den chirurgischen Krankheiten der Haut und der Behandlung derselben — Transplantation, Röntgenstrahlen — und Finsen's Lichtbehandlung werden die Verletzungen der Muskeln, Sehnen, Fascien, der Blut- und Lymphgefäße (Arterien- und Venennaht nach Kümmell und Gluck) besprochen. Der Abschnitt über Nervenerkrankungen bringt unter anderen die Exstirpation des Ganglion Gasseri (Krause), das Kapitel über Frakturen und Verletzungen der Gelenke die Verwertung der Röntgenstrahlen. In den Schlußkapiteln des allgemeinen Teiles findet der Leser die Erkrankungen der Knochen, unter anderen die Osteoporose, die verschiedenen Formen der Osteomyelitis und ihre experimentelle Erzeugung, die Barlow'sche Krankheit, die heutige Anschauung über die Behandlung der Gelenkstuberkulose.

Der zweite Teil beginnt mit den chirurgischen Erkrankungen des Schädels: Gehirngeschwülste, Gehirnabszeß, verbesserte Technik der Trepanation. Es folgen die kleineren Abschnitte über die Erkrankungen des Gesichts, der Zunge, der Schilddrüse, über die verbesserten Methoden der Kehlkopf- und Rachenoperationen (Krönlein), über die plastische Deckung von Kehlkopfdefekten (König). Die Operationen an der Lunge und dem Rippenfell, die Methoden der Herznaht bringen die nächsten Abschnitte. Die Behandlung der septischen Bauchfellentzündung mit intravenösen Kochsalzinfusionen, die verbesserte Technik der Laparotomie, die Talma'sche Operation werden in einem besonderen Kapitel geschildert. Ausführlich abgehandelt werden die neueren Operationsmethoden am Magen, Gastrostomie und Gastro-Enterostomie, ferner die Arten der Darmvereinigung und Darmausschaltung, die Ansichten moderner Autoren über die Appendicitis und die Operation des Mastdarmkrebses (Hochenegg, Witzel, Chaput, Boeckel etc.). Auf die Besprechung der Eingeweidebrüche und ihrer Radikaloperation folgen die Krankheiten der Leber, Gallenblase, Gallengänge und Milz. Unter den chirurgischen Krankheiten der Nieren sind das Wichtigste die Methoden der Bestimmung der Funktionsfähigkeit der Nieren, Kryoskopie, Phlorydzinprobe, Harnleiterkatheterismus und die chirurgische Behandlung der Nierensteine. Über die Wiedervereinigung des durchschnittenen Harnleiters, seine Einpflanzung in die Blase, die Operation der Blasenektopie, die Operationen bei Prostatahypertrophie findet der Leser alles Wissenswerte. In den drei Schlußkapiteln über die Erkrankungen der oberen und unteren Extremitäten und der Wirbelsäule interessiert besonders die Ätiologie und Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung, die Coxa vara, die traumatische

Spondylitis, die Wirbelkaries und die Behandlung der Wirbelsäulengeschwülste.

Das Werk kann angelgentlichst allen den Herren Kollegen empfohlen werden, die nicht in der Lage sind, dauernd und genau die neueren Arbeiten auf dem Gebiete der Chirurgie zu verfolgen.

Herhold (Altona).

---

4) **Hartzell.** Benign cystic epithelioma: report of two cases presenting unusual features.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. September.)

Auf Grund histologischer Untersuchungen in zwei Fällen von gutartigen Epitheliomen der Haut und unter Hinzuziehung der Literatur, in welcher über Auslegung und Bezeichnung dieser Geschwülste eine auffallende Verwirrung herrscht, empfiehlt Verf. folgende 3 Arten streng zu unterscheiden: 1) cystische Epitheliome, welche meist im Gesicht entstehen, histologisch von den Basalzellen der Epidermis und der äußeren Wurzelscheide der Haarfollikel ausgehen; 2) Cystadenome, am Rumpf auftretend, mit Ausgang von den Schweißdrüsen; 3) Haemangio-Endotheliome, welche sich ebenfalls am Rumpf finden, in den Kapillarendothelien beginnen.

Für diese 3 Formen ist der Sammelname gutartige »Epitheliome« natürlich nicht angängig; klinisch bieten dieselben keine Unterschiede.

Bender (Leipzig).

---

5) **J. Borelius.** Über bösartige Geschwülste der langen Röhrenknochen.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXIV. 3. F. Bd. I. Abth. 1. Nr. 16. [Deutsch.])

Als Einleitung einer Diskussion in der 5. Sitzung der nordischen Gesellschaft für Chirurgie bespricht Verf. im vorliegenden Vortrage besonders die differentielle Diagnose, die Prognose und die allgemeinen Grundsätze der Behandlung der Röhrenknochensarkome. An der Hand angeführter Beispiele hält er sich zuerst bei der septischen Osteitis auf, deren atypisch verlaufende Formen öfters zu Verwechslung Anlaß gegeben haben. Die betreffende Literatur deutscher und französischer Forscher wird erwähnt und die Mittel und Auswege, der Diagnose näher zu kommen, werden diskutiert. Unter diesen kommt zuerst die Punktion in Frage. Meistens gibt sie ein negatives Resultat, es sei denn, daß die aspirierten Partikelchen, auf geeignete Nährböden überimpft, ein Wachstum von Staphylokokken hervorbringen und so die septische Osteitis bestätigen. Die Probeexzision und histologische Untersuchung des Entfernten gibt keine Gewähr, denn die kompetentesten Untersucher haben sich dabei für Sarkom erklärt, während der spätere Verlauf mit Evidenz septische Osteitis ergab. Verf. befürwortet deshalb, die ganze angeschwollene Partie zu inzidieren bis an bezw. in den Knochen hinein, da man in der Regel schon aus dem makroskopischen Aussehen beurteilen kann, ob die Veränderungen einem

Sarkom oder einer Osteitis septica angehören. Sollte auch dies nicht möglich sein, gibt die große Schnittfläche bessere Gelegenheit als eine Probepunktion, Untersuchungsmaterial zu gewinnen ohne nachteilig zu wirken.

Nélaton's und Virchow's Beobachtungen, von späteren Forschern bestätigt, daß gewisse Formen von Sarkom im Knochensystem, vorzugsweise unter dem myelogenen, sich durch eine besondere Benignität auszeichnen, hat zu einer konservativ operativen Behandlung in derartigen Fällen geführt. Sonst ist die bekanntlich schlechte Prognose Grund genug, die radikal operative Behandlung so frühzeitig wie möglich vorzunehmen. Sehr reserviert müssen die Vorschläge von v. Mikulicz und von Wiesinger, konservativ zu verfahren, aufgenommen werden. — Eine statistische Zusammenstellung über sämtliche in den civilen Krankenhänsern Schwedens in den Jahren 1891—1898 wegen Sarkom ausgeführten Exartikulationen, Amputationen und Resektionen zeigt, daß konservative Eingriffe, wenigstens insofern es sich um Resektionen handelt, nur ganz vereinzelt ausgeführt worden sind. Schließlich gibt Verf. die Krankengeschichten dreier von ihm selbst konservativ behandelter Fälle wieder; zwei von ihnen wurden bald rückfällig, im dritten handelte es sich um eine gutartige Form, obwohl kein Riesenzellensarkom vorlag.

Verf. faßt seine Ansichten über die Behandlung folgendermaßen zusammen:

1) Konservativ operative Behandlung ist bei der Mehrzahl myelogener Riesenzellensarkome indiziert, nämlich bei denjenigen, welche sich durch langsamen klinischen Verlauf und vollständige Abgrenzung oder Abkapselung der Geschwulst von der Umgebung auszeichnen.

2) Dieselbe Behandlung ist bei anderen Formen als Riesenzellensarkom indiziert, wenn sie denselben klinischen Verlauf und dasselbe makroskopische Verhalten zeigen, wie eben angegeben wurde.

3) Die von v. Mikulicz vorgeschlagene frühzeitige Kontinuitätsresektion bei gewöhnlichen bösartigen Sarkomen ist von zweifelhaftem Werte und ist nur ein Notbehelf, wenn Pat. die Radikaloperation absolut verweigert.

4) Eine radikal operative Behandlung — Exartikulation oder Amputation — ist die Normalmethode für gewöhnliche Fälle; die Exartikulation hat, wenigstens vom theoretischen Standpunkte aus, den Vorzug vor der Amputation. **Hansson** (Cimbrishamn).

---

6) **K. Kolb** (München). Die Verbreitung der bösartigen Neubildungen in Süddeutschland und Schlußfolgerungen über ihre Ätiologie.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XL.)

Eine mit wahrem Bienenfleiß und sicherer Beherrschung der statistischen Wissenschaft bis ins einzelne Detail ausgearbeitete Studie.

Verf. glaubt, daß auch solch zahlenmäßige Gruppierungen imstande seien, die ätiologischen Forschungen über den Krebs zu fördern. Eine sichere Voraussetzung zu solch statistischen Arbeiten sei indes ein richtig erhobenes staatliches Material, sowie eine obligatorische, wenn irgend möglich nur von Ärzten ausgeübte und vom behandelnden Arzte ausgeführte Leichenschau. Er schlägt vor, bei Weiterführung der Krebsstatistik eine Unterscheidung nach Geschlecht und Altersklassen vorzunehmen, sowie sich allgemein auf eine Berechnung der Krebshäufigkeit für das Alter über 40 oder 35 Jahre zu einigen, da diese Form der Berechnung völlig genüge. Seine auf dieser Basis für Süddeutschland vorgenommenen Berechnungen und Erörterungen lassen ihn zu der Ansicht kommen, daß eine Zunahme der Krebserkrankungen in den letzten Decennien zum Teil nur scheinbar, zum Teil aber auch in Wirklichkeit stattgefunden habe. Letzterer Punkt sei nur in geringem Maße durch Zunahme der hohen Altersklassen in der Bevölkerung zu erklären. In größeren Städten scheint der Krebs häufiger zu sein als in den kleinen, und Verf. glaubt an die Möglichkeit des Vorwiegens der Städte gegenüber dem Lande; doch ergab sich mitunter in einzelnen Fällen auch das entgegengesetzte Verhältnis.

Während nun im allgemeinen die Krebssterblichkeit im Westen Süddeutschlands etwas geringer zu sein scheint als im Osten, zeigt sie sich im ganzen Süden zwischen Donau und Alpen am allerhöchsten. Dieses hohe Sterblichkeitsgebiet pflanzt sich nach Osten fort bis zum Wiener Becken und nach Westen jenseits des Oberrheins zwischen Jura und Alpen bis Genf. Dieses größte bekannte Gebiet sehr hoher Krebssterblichkeit reicht nun fast überall soweit wie die Tertiärformation mit Diluvium und überschreitet dieselbe hauptsächlich nur im Süden Salzburgs, in Nordtirol und am Südabhange des badischen Schwarzwaldes. Außerdem zeigt eine beträchtliche, wenn auch weniger hohe Sterblichkeit das hessische Rheintal mit teilweise ähnlicher Bodenformation. Dies läßt einen fördernden oder hemmenden Einfluß des Bodens auf die Häufigkeit des Krebses annehmen; und zwar wirkt nicht dessen geologischer Bau an sich, sondern seine physikalische und chemische Beschaffenheit. Vielleicht noch wichtiger ist der Wasserreichtum der Gegend, besonders moorige und sumpfige Strecken. Als typisch für diese vom Krebs heimgesuchten Gegenden bezeichnet Verf. die Bodenbeschaffenheit der drei bayrischen Bezirke Zusmarshausen, Wertingen und Friedberg mit absolut höchster Krebsmortalität: geologisch: Tertiärboden und Diluvium, nagelfluhähnlich gefestigter Schotter, mineralogisch: Tonboden, physikalisch: Mulden, seichte Täler, moorige und sumpfige Stellen.

Noch mehr wie diese örtlichen Verschiedenheiten lassen ganz lokale Endemien, Hausendemien (z. B. Luckau Behla, Kaiserslautern Verf.) sich nicht wohl anders als durch das Postulat eines Parasiten erklären, wie ja bisher alle Bodeneinflüsse auf en- oder epidemische Krankheiten sich in erster Linie auf Mikroorganismen haben zurück-

führen lassen. Dafür sprechen auch die wahrscheinlichen zeitlichen Schwankungen der Häufigkeit. Sie können als Epidemien neben der überall in Europa vorkommenden Endemie betrachtet werden, dürften aber im Verhältnis zu dieser kleinere Hebungen und Senkungen machen wie die Tuberkulose. Indessen darf man nach Ansicht K.'s bei der Annahme eines Parasiten als Krebserreger niemals die Möglichkeit der übrigen Faktoren, als Widerstandsfähigkeit des Menschen, Infektionsgelegenheit etc. verkennen, die namentlich bei dem Unterschiede der Häufigkeit des Krebses bei beiden Geschlechtern (es werden meist die Frauen häufiger von Karzinom befallen wie die Männer) eine große Rolle spielen. Möglicherweise wirken auch Rasseeinflüsse auf die Häufigkeit des Krebses ein (selteneres Befallen der italienischen Rasse gegenüber der germanischen).

Hübener (Dresden).

---

7) G. Nobl. Zur Histopathologie der venerischen Bartholinitis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXI. p. 77 u. 205.)

Aus den Untersuchungen ist hervorzuheben, daß N. die Lang-sche Operationsmethode der Bartholinitis (Ovalärschnitt um den Ausführungsgang, Herauspräparieren der Drüse mit den Gängen, flächenhafte Vereinigung der Wunde durch versenkte Katgutligaturen, oberflächliche Seidennähte) sehr günstige Resultate ergeben hat. Die histologische Darstellung stimmt im wesentlichen mit dem schon bekannten überein (Pseudoabszesse der Gänge, perikanalikuläre und interstitielle Infiltrationsherde mit Erweichung, Freibleiben des Drüsenepithels von Gonokokken, Wucherung und Metaplasie des Gangepithels).

Jadassohn (Bern).

---

8) J. van der Poel. Gonorrhoeal infection of the prostate.

(New York med. record 1902. Februar 22.)

Die Häufigkeit der gonorrhoischen Prostatitis wird sehr verschieden von den Autoren angegeben; die Erklärung dafür findet sich wohl in der Anwendung verschiedener Untersuchungsmethoden. Unter den 76 Fällen des Verf. traten 20 schon in der ersten Woche auf, 5 schon am 4. und eine am 3. Tage nach der Ansteckung. Letztere Infektion war durchaus eindeutig, da es sich um die erste Gonorrhoe nach einer Inkubation von $2^1/_2$ Tagen handelte. Es scheint erwiesen, daß die Prostata auch ohne wesentliche Betheiligung der hinteren Harnröhre direkt von den Gonokokken erreicht werden kann. In den meisten Fällen sind aber deutliche Symptome von Urethritis posterior dabei mehr oder minder ausgesprochen. Als besondere Ursache der Erkrankung bei der Gonorrhoe nimmt van der P. mit Bierhoff eine vorher bestehende Kongestion als begünstigendes Moment an, z. B. auch einen einfachen Katarrh als Folge von verschiedenen sexuellen Schädigungen.

Die übliche Einteilung in glanduläre, follikuläre, parenchymatöse Entzündung wird besprochen. Symptome, Diagnose und Behandlung sowie Prophylaxe durch möglichst frühzeitige Abtötung der Gonorrhoe mittels der neuen Silbersalze werden erörtert.

Loewenhardt (Breslau).

---

9) **T. M. Townsend.** Prostatic gonococcal auto-reinfections of the urethra.

(New York med. record 1902. September 6.)

Daß die Prostata nach längerer Pause bei anscheinend völlig ausgeheilter Gonorrhoe häufig die Quelle von Reinfektionen der Harnröhre und erneutem Ausbruch einer Gonokokkeninvasion bildet, ist schon mehrfach festgestellt worden. Eine solche Reinfektion bietet gewisse diagnostische Schwierigkeiten in der Differenzierung von einer neuen Ansteckung mit nachträglicher Beteiligung der Prostata, welche bekanntlich auch schon sehr zeitig nach der Infektion beobachtet wurde. Anamnese und Mikroskop geben hier Aufschluß. Therapeutisch kommt in Betracht, jeder Massage der Prostata eine antiseptische Irrigation der Harnröhre folgen zu lassen. Finden sich noch Gonokokken, kommen Silbersalze zur Anwendung; sind nur andere Bakterien noch vorhanden, z. B. Bakterium coli oder Staphylokokkus, zieht Verf. Sublimat vor; ist schließlich der Ausfluß nicht mehr bakteriell, sollen nur Adstringentien angewendet werden.

Loewenhardt (Breslau).

---

10) **Nobl.** Pathologie der blennorrhoischen und venerischen Lymphgefäßerkrankungen. Mit 4 lithographischen Tafeln.

Wien, **Franz Deuticke,** 1901.

Die vorliegende Monographie behandelt ein Gebiet der Spezialdisziplin, »das bisher eine nur einseitige und mangelhafte Aufhellung erfahren hat«. Die Aufgabe ist vom Verf. unter Benutzung des Materials der Grünfeld'schen Poliklinik in umfassender und gründlicher Weise bearbeitet worden. Nach einem ausführlichen geschichtlichen Überblick und anatomischen Vorbemerkungen behandelt Verf. zunächst die Lymphangoitis blennorrhoica. Auf Grund von 9 genau untersuchten Fällen kommt Verf. zu dem Schluß, daß die im Verlaufe einer akuten Gonorrhoe am Penis auftretenden Stränge eine selbständige, entzündliche Erkrankung der Lymphgefäße (Endo- und Perilymphangoitis) darstellen, welche nur durch den Gonokokkus verursacht wird. Die syphilitischen Lymphgefäßerkrankungen untersuchte Verf. an 11 Fällen. Sie äußern sich als Endolymphangoitis obliterans mit produktiver und infiltrativer Peri- und Paralymphangoitis; Blutgefäße höherer Ordnung sind nie an der strangförmigen Gewebsinduration beteiligt. Die entsprechenden Befunde von Rieder, welche vor dieser Monographie veröffentlicht sind, werden vom Verf. nicht citiert. Zum Schluß wird die venerische Lymphgefäßentzündung beschrieben an der Hand von 6 einschlägigen Fällen. Sie

besteht in einer akuten, exsudativen Endolymphangoitis hauptsächlich der medianen Haupttäste, welche meist durch einen eitrigfibrinösen Charakter ausgezeichnet ist und neben den für spezifisch erachteten Mikroben und ihren Stoffwechselprodukten auch durch die pyogenen Mikroorganismen verursacht zu sein scheint.

4 Tafeln mit 19 Abbildungen dienen zur Erläuterung. Die Ausstattung und die Abbildungen sind gut. **Klingmüller** (Breslau).

---

11) Rucker. The successful treatment of gonorrhoea and all inflammatory diseases of the urethra.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1902. Oktober.)

Injektions- und Ausspülungsbehandlung des Trippers verwirft R. Er will die angewandten Mittel längere Zeit mit der Schleimhaut in Berührung bringen, indem er einen Mull- oder besser geflochtenen Docht, der damit getränkt ist, in die Harnröhre schiebt und sie, soweit krank, fest damit austamponiert. Er benutzt als Heilmittel eine ölige Lösung von Jodoform und Perubalsam, auch unter Hinzufügung von Resorcin. Der Tampon kann längere Zeit liegen, oft 8 bis 9 Stunden, und soll den Kranken nur wenig belästigen. Eingeführt wird der Docht mittels eines Röhrchens, das bei vorderem Tripper etwa 8 cm, bei Gonorrhoea posterior bis zum Blasenhals vorgeschoben wird. Vorher wird die Harnröhre mit Irrigator oder Spritze mit Permanganatlösung 1 : 3000 ausgespült. Das Verhalten des Kranken wird wie sonst geregelt. Sobald Urindrang eintritt wird der Docht entfernt. Manchmal ist zweimalige Packung am Tage nötig. Gewöhnlich hat Verf. einmal täglich ausgestopft bis der Ausfluß verschwand, dann 8—14 Tage jeden 2. Tag. Sowohl bei frischem wie chronischem Tripper war das Mittel von gutem Erfolg. Der Ausfluß soll gewöhnlich schon nach 2—3 Tagen aufhören. Falls die Packungen nicht die akut entzündete Schleimhaut stark reizen, was namentlich in der Nähe des Blasenhalses nicht unwahrscheinlich ist, scheint das Verfahren einer Nachprüfung wert.

Trapp (Bückeburg).

---

12) R. G. Klotz. Die Behandlung der akuten und subakuten Gonorrhoea anterior mit rückläufigen Einspritzungen stärkerer Silberlösungen.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LX. p. 399.)

K. betont, daß rückläufige Einspritzungen stärkerer Lösungen von der vorderen Harnröhre im allgemeinen besser vertragen werden, als solche von vorn, und er benutzt daher ein der Braun'schen Spritze nachgebildetes Instrument (3 ccm Inhalt) mit einem 8 cm langen, etwas gebogenen Hartgummirohr. Er verwendet als starke Mittel neben Argentum nitricum Argonin 10%, Protargol 2—4% und in letzter Zeit besonders gern Albargin 1—5%, als Adstringens

wesentlich eine Flüssigkeit, die Borsäure 1,5, Plumbum acet. und Zinc. sulfur. āā 0,75, Glycerin 5,0 auf Aqua 120 enthält. Erstmalige Infektionen hält er für schwerer beeinflußbar, als spätere; wenn die Kranken in den ersten 4—5 Tagen zur Behandlung kommen, verwendet K. eine Art von Abortivmethode mit Doppelinjektionen der genannten starken Lösungen, die 8—10 cm hinter dem Orificium urethrae deponiert werden; diese Einspritzungen werden in den ersten 3 Tagen täglich und dann noch einige Male mit Pausen wiederholt, dazwischen von dem Kranken selbst das Adstringens angewendet. Beginnt die Behandlung erst später, so wird die Silberlösung nur jeden 3. oder 4. Tag und in geringerer Konzentration eingespritzt, dazwischen das Adstringens und außerdem 2—3stündlich 0,5 bis 0,6 Natrium salicyl. in viel Wasser gegeben. Diese Behandlung ist verhältnismäßig einfach und ihre Resultate werden als sehr günstig gerühmt. **Jadassohn** (Bern).

---

13) **G. K. Swinburne.** The use of argyrol in the treatment of acute gonorrhoea.

(New York med. record 1902. Oktober 11.)

Auch S. ist von den Eigenschaften des neuen Silbersalzes »Argyrol« von Barnes sehr befriedigt und rühmt gute Erfolge bei 350 Pat. Eine 10%ige Lösung ruft keine unangenehmen Empfindungen auf der Konjunktivalschleimhaut hervor. Bei frischen Gonorrhoen hat selbst eine 20%ige Lösung keine Schmerzen verursacht. Nur einmal bestand Idiosynkrasie. Von den bisherigen neuen Präparaten unterscheidet sich »Argyrol« durch größeren Silbergehalt und größere Löslichkeit. **Loewenhardt** (Breslau).

---

14) **J. M. Thompson.** Some chronic pathological processes seated in the deep urethral region involving the male sexual function and nervous system.

(New York med. record 1902. August 16.)

Nach anatomischen und physiologischen Betrachtungen über die Bedeutung der Prostata wird die Erkenntnis ihrer steigenden Bedeutung für die nervösen Erkrankungen in der Sexualsphäre und deren Zusammenhang mit gewissen Formen von Urethritis posterior erörtert. Symptomatologie, Diagnose und Behandlung werden eingehend besprochen, rektale, urethrale und konstitutionelle Seiten der Therapie erörtert. Verf. faßt alle Fälle von Erkrankung der hinteren Harnröhre, welche sexuelle oder nervöse Störungen hervorrufen, unter dem Titel: »chronische sexuelle neurasthenische Urethritis« zusammen mit speziellen Unterabteilungen, für deren Erläuterung 3 Fälle ausführlich besprochen werden.

Loewenhardt (Breslau).



15) **Gosset** et **Proust.** Le muscle recto-uréthral. — Son importance dans les opérations par voie périnéale, en particulier dans la prostatectomie.

(Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris LXXVII. ann. Nr. 5.)

Die Abhandlung gilt dem muskulös aponeurotischen Gebilde, welches sich als dünnes Häutchen oberhalb der Transversi perin. prof. und des Ansatzes des Levat. ani von der vorderen Wand des Mastdarmes nach der Prostata begibt und hier dicht oberhalb des Bulb. cavern. angeheftet ist; es wird in den Lehrbüchern verschieden bezeichnet und beschrieben und heißt bald Lig. recto-urethrale, bald Musc. praerect. (Henle), bald Musc. recto-ureter. (Roux). Hat man bei transversalem Einschnitt die Rhaphe durchtrennt, und zieht man den Bulbus straff nach vorn, den Mastdarm nach hinten an, so stellt er sich als ein seitlich durch nach außen konvexe halbmondförmige Konturen begrenztes, hinten mit der vorderen Mastdarmwand breit verflochtenes zartes Blatt dar. Gerade in dieser Verbindung liegt seine chirurgische Bedeutung; der Mastdarm wird hierdurch fast horizontal (in Steinschnittlage vertikal) nach vorn (oben) gezogen, und so die Gefahr, bei weiterer Ablösung den Mastdarm zu verletzen, herbeigeführt. Die beigegebenen Abbildungen stellen die Verhältnisse anschaulich dar; jedoch zeigt ein Vertikalschnitt durchs Becken gerade die Knickung des Mastdarmes so prägnant, wie sie an keinem mir zugänglichen Bilde bisher erkenntlich war. Durchtrennt man den Musc. ur. rect. quer unmittelbar hinter dem Bulbus, so gelangt man in den Raum, wo Prostata und Mastdarm ganz lose zusammenhängen, daher leicht voneinander abzulösen sind (Loge préréctale Quénu).

Christel (Metz).

---

16) **Bucco.** Sul potere di assorbimento e di eliminazione della mucosa vescicale.

(Gazz. degli ospedali e delle cliniche 1902. Nr. 123.)

Aus den Versuchen des Verf. an Hunden geht hervor, daß eine Absorption aus der Blutbahn in die Blase weder bei gesunder noch bei kranker, cystitischer Blase stattfindet. Dagegen werden eine große Reihe von Substanzen (Methylenblau, Jodkali, Jodnatrium, kohlensaures Ammoniak, Strychnin, Atropin, Morphium, Curare und Nikotin) nach Unterbindung von Harnröhre und Harnleiter bei Hunden aus der Blase in die Blutbahn absorbiert.

Dreyer (Köln).

---

17) **L. N. Boston.** A rapid reaction for Bence-Jones-albumose.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. Oktober.)

Um in kurzer Zeit und ohne große Mühe den Bence-Jonesschen Eiweißkörper durch Fällung seines lose gebundenen Schwefels nachzuweisen, dient folgendes Verfahren.

15—20 ccm filtrierten Urins werden mit einer gleichen Menge gesättigter Kochsalzlösung im Reagensglas geschüttelt. Darauf Zusatz von 2—3 ccm einer 30%igen Ätznatronlösung, umschütteln, langsames Erwärmen des oberen Viertels der Flüssigkeit bis zum Sieden; tropfenweise Zusatz einer 10%igen Bleiacetatlösung und wieder Erwärmen der obersten Schicht bis zum Moment des Siedens. Letzteres, mehrmals wiederholt, erzeugt bei Berührung des Bleiacetat mit dem Urin eine dichte perlmutterfarbige Trübung an der Oberfläche, welche beim Erwärmen wieder durchsichtiger wird.

Kocht man länger, so wird diese Schicht braun, dann schwarz; diese Braunfärbung nimmt in der darunter befindlichen Flüssigkeitssäule allmählich an Intensität ab. Beim Stehen setzt sich alsbald am Boden ein grobkörniger schwarzer Niederschlag ab: Bleisulphid.

Phosphate erzeugen gleichfalls einen bräunlichen, aber schwächeren und mehr flockigen Niederschlag, der nicht mit Bleisulphid verwechselt werden kann.

Die Reaktion wurde in einem Falle von Myelom erprobt. — Nähere Angaben über die immerhin seltene Geschwulstform wären von Interesse gewesen. **Bender** (Leipzig).

---

18) **Preindlsberger.** Weitere Mitteilungen über Lithiasis in Bosnien-Herzegowina.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 41.)

Anknüpfend an eine frühere Mitteilung des Verf. über dasselbe Gebiet, berichtet er, daß er seine Forschungen nach der Ätiologie der Steinbildung der Harnwege fortgesetzt hat, und kann seinen früheren 176 Fällen jetzt 95 weitere anreihen. Zunächst bespricht er die verschiedenen Theorien, die sich bezogen auf den Salzgehalt des Trinkwassers, sowie auf den Kalkgehalt desselben, auf das Klima, auf vorwiegend vegetabilische Nahrung, auf die Häufigkeit der Malaria, auf hereditäre Verhältnisse, auf allgemeine hygienische Verhältnisse, auf den Genuß schlammhaltigen Wassers, endlich auch auf die Bevölkerungsdichte, sowie Sitten und Gebräuche der betreffenden Volksstämme.

Auch für Bosnien-Herzegowina findet P. den Satz bestätigt, der auch in anderen Ländern im großen und ganzen anerkannt wird, daß die Lithiasis auf einen geologisch deutlich abgrenzbaren Teil beschränkt ist, und konstatiert für das von ihm beobachtete Land, daß die gebirgigen Gegenden (es handelt sich um Kalkberge) die bevorzugten sind. In gewissem Umfange müssen aber auch Sitten und Gebräuche mitspielen.

Verf. resumiert am Schluß, 1) daß sich die Hauptherde der Lithiasis in Bosnien tatsächlich auf dem Gebiet des Triaskalkes finden, daß die Krankheit hier einen endemischen Charakter hat, und außerhalb der Triasformation und des Urgesteines, also sowohl im Kreidekalk der Herzegowina, sowie auch in den östlichen Flyschzonen, nur sporadisch vorkommt, und 2) daß dieser Krankheit ziffern-

gemäß die christliche Bevölkerung weit mehr unterworfen ist, als die islamitische.

»Es handelt sich um eine seit vielen Generationen vorwiegend an vegetabilische Nahrung gewöhnte Bevölkerung, deren Kinder, welche das allergrößte Kontingent für die Lithiasis liefern, meist unzweckmäßig ernährt, käufig an Darmkatarrhen leiden. Speziell im Säuglingsalter könnte die oft ungenügende Ernährung an der Mutterbrust, die oft bis in das 3. und 4. Lebensjahr gereicht wird und dadurch natürlich an Qualität und Quantität verliert, eine ätiologische Rollen spielen. Die regelmäßige Durchschwemmung der Niere ist dabei wohl gewiß vermindert und dadurch auch das Zurückbleiben kongenitaler Harnsäureinfarkte wahrscheinlich, die den ersten Anstoß zur Konkrementbildung geben können.

Schmieden (Bonn).

---

19) **J. Michalski.** Über Hydronephrosis intermittens.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1 u. 2.)

M. verfolgt in dieser Arbeit den Zweck, das Wesen der intermittierenden Hydronephrose zu studieren und deren Therapie, wie sie unserem modernen Wissen und Können entspricht, darzulegen. 133 Beobachtungen aus der Literatur, sowie 8 bisher noch nicht veröffentlichte Fälle dienen als Grundlage für die äußerst eingehende Bearbeitung.

Der Besprechung der anatomischen Veränderungen, der Ätiologie, der Symptome und des Verlaufes der Krankheit, der Diagnose und schließlich der Therapie ist je ein umfangreiches Kapitel gewidmet und dadurch, unter gebührender Berücksichtigung der allmählichen Entwicklung der Anschauungen, ein klares Bild unserer gegenwärtigen Kenntnis von dem Wesen der intermittierenden Hydronephrose geschaffen.

Die Zusammenfassung am Schlusse der Arbeit gibt die Hauptpunkte folgendermaßen wieder:

1) Unter Hydronephrosis intermittens verstehen wir eine Urinstauung im Nierenbecken, event. im Ureter, hervorgerufen durch ein Hindernis, welches für immer oder zeitweise wieder verschwindet, oder das durch den Druck der Flüssigkeit entfernt oder überwunden werden kann.

2) Sie wird erzeugt durch die Dislokation der Niere und die daraus entstandenen Veränderungen, durch Nieren- resp. Uretersteine, durch primäre oder sekundäre Veränderungen am Ureter, durch Kompression oder Verlegung desselben und durch Traumen. In einer Reihe von Beobachtungen war die Ursache nicht zu ergründen.

3) Sie ist gekennzeichnet durch periodisch auftretende Schmerzanfälle in der Nierengegend, begleitet von Störungen des Allgemeinbefindens, mit Schwellung in der betreffenden Abdominalseite und Verminderung der entleerten Urinmenge, welche Symptome mehr

oder weniger rasch verschwinden, um nach freiem Intervall wiederzukehren.

4) Die Prognose ist ernst, und verlangt die Krankheit ein zweckentsprechendes Einschreiten des Arztes, da Spontanheilung nur in äußerst seltenen Fällen beobachtet wurde.

5) Die Therapie muß erstreben, die Ursache der Erkrankung zu entfernen, was gewöhnlich auf operativem Wege möglich ist. Wenn dies nicht gelingt, so ist durch palliative Maßnahmen dem Pat. Erleichterung zu verschaffen. Pyonephrosen müssen eröffnet werden. Die Nephrektomie ist nur in einzelnen bestimmten Fällen indiziert. **Blauel** (Tübingen).

---

20) **N. M. Kakuschkin.** Über die chirurgischen Behandlungsmethoden der Uterusfibromyome. Die nicht radikalen Methoden.

Diss., St. Petersburg, 1902. 451 S.

(Journal für Geburtshilfe und Gynäkologie 1902. September, Dezember. [Russisch.])

Der Arbeit liegt die Literatur der Frage und eine Sammelforschung unter den russischen Chirurgen zu Grunde. Kapitel 1 enthält den »Versuch eines allgemeinen historischen Überblickes« über die Fibromyome und deren chirurgische Behandlung; Kapitel 2 bespricht die Dilatation, Kapitel 3 die Exkochleation des Uterus, Kapitel 4 die Unterbindung der den Uterus versorgenden Gefäße, Kapitel 5 die Kastration. In jedem Abschnitt werden die Geschichte der Operation, das klinische Material, die therapeutische Wirkung, die Indikationen und Kontraindikationen, endlich die Technik des Eingriffes besprochen. Die einzelnen Fälle sind soweit möglich in Tabellenform gebracht (107 Fälle von Exkochleation, 98 Fälle von Unterbindung der Arterien und 105 Fälle von Kastration).

Aus den Schlußsätzen sei hier nur folgendes hervorgehoben.

Die Dilatation wird verhältnismäßig selten geübt und blieb in 28,57% erfolglos. Sie ist angezeigt bei kleinen und mittelgroßen interstitiellen Geschwülsten und wirkt infolge der durch sie hervorgerufenen Kontraktionen blut- und schmerzstillend. Über die Exkochleation liegen wenig Veröffentlichungen vor; in 80,4% gab sie Erfolg, doch war letzterer nur in 23,4% von Dauer. In 13,2% blieb der Eingriff erfolglos, in 4,7% rief er Zerfall der Geschwulst hervor. Indikationen: Hypertrophie der Uterusschleimhaut bei mäßig dilatierter und wenig veränderter Uterushöhle, bei kleinen interstitiellen und subserösen Geschwülsten. Das Resultat ist unsicher. Auch von der Gefäßunterbindung sind nur wenig Fälle bekannt. Von 89 gab nur 1 Fall Mißerfolg; in 14,1% hörten nach der Operation die Menstruationen ganz auf. Indikationen: kleine und mittelgroße interstitielle Geschwülste bei Frauen höheren Alters, Fehlen ausgedehnter Verwachsungen zwischen Uterus und Nachbarorganen; endlich Unmöglichkeit einer radikalen Operation. Die beste Methode

ist vaginale Massenligatur der unteren Abschnitte der breiten Bänder. Die Kastration wirkte in 70—80% blutstillend, in 35% schwanden die Schmerzen. Sie ist oft gefährlich und wird immer seltener angewendet. In Zukunft wird sie wohl ganz vermieden werden müssen.

Jedem Kapitel ist ein Verzeichnis der den Eingriff behandelnden Arbeiten angefügt: 87 Nummern zur Geschichte der Fibromyome, 106 zur Dilatation des Uterus, 125 zur Exkochleation, 146 zur Gefäßunterbindung und 343 zur Kastration.

Gückel (Kondal, Saratow).

Kleinere Mitteilungen.

Eine lange biegsame Tracheal-Doppelkanüle.

Von

Prof. Tavel in Bern.

Bekanntlich hat König zuerst die Idee gehabt, eine lange Trachealkanüle aus spiralig aufgewundenem Silberdraht konstruieren zu lassen, die die Eigenschaft hatte, halb fest, halb beweglich zu sein, sich leicht einführen ließ und sich dem bogenförmigen Verlauf der Trachea gut accommodierte (Schüller p. 91).

Ein Nachteil dieser Kanüle ist, daß die Silberdrahtspirale eine zu große Nachgiebigkeit besitzt, so daß sie sich sehr leicht ausziehen läßt und dann nicht mehr zurückfedert.

Ferner ist das untere steife Ende ziemlich lang, ein Umstand, der die Einführung der Kanüle erschwert.

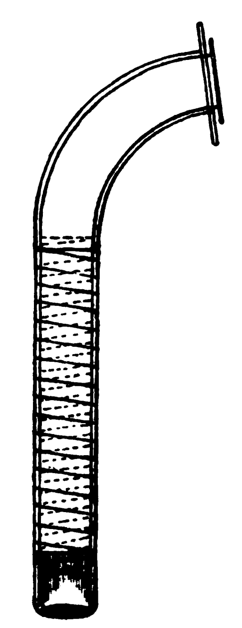
Endlich wird sie nur als einfache Kanüle gebaut, weil bei Doppelkanülen die Spiralen sich ineinander klemmen, wodurch ein Herausziehen der inneren Kanüle unmöglich wird.

Aus allen diesen Gründen ist die König'sche Kanüle in manchen Fällen unpraktisch und wird schlecht vertragen.

Eine Verbesserung derselben bestand darin, daß dieselbe statt aus Draht aus einem spiralig gewundenen schmalen Silber- oder Neusilberband gebaut wurde, was das Auseinanderziehen der Spiralen verhindert resp. erschwert. Aber auch in diesem Falle war man darauf angewiesen, eine einfache Kanüle anzuwenden, weil die Spiralen der inneren Kanüle sich in diejenigen der äußeren verhakten.

Ein Fall, den ich zu behandeln Gelegenheit hatte, und bei welchem diese Nachteile sich in sehr unangenehmer Weise fühlbar machten, brachte mich auf die Idee, die Spirale der inneren Kanüle umgekehrt der Spirale der äußeren Kanüle laufen zu lassen und dadurch das Ineinandergreifen beider Spiralen zu verhindern.

Die äußere Kanüle kann wochenlang in situ bleiben, während die innere Kanüle zur Entfernung des Schleimes, der an der Wand eintrocknet und die Kanüle allmählich undurchgängig macht, öfters herausgenommen werden muß.



2/3 natürl. Größe.

Was die Details der Konstruktion der Kanüle betrifft, so sind folgende Punkte von Wichtigkeit:

1) Der obere feste Teil der Kanüle mißt 5 cm und die Krümmung entspricht einem Kreis mit einem Radius von 3 cm.

2) Der mittlere Teil ist je nach den Fällen 4—15 cm lang.

3) Das feste Endteil hat nur 1 cm Länge.

Was das Kaliber betrifft, so hat die Kanüle, außen gemessen, einen Durchmesser von 12,5 mm und bei einer Wanddicke von 0,5 mm einen inneren Durchmesser von 11,5. Die innere Kanüle besitzt einen äußeren Durchmesser von 11 mm und ein Lumen von 10 mm.

Damit die Federung nicht zu stark ist, wird man dem spiraligen Bande der äußeren Kanüle eine Breite von 3,5 mm geben; die innere Spirale hingegen braucht nicht mehr als 2,1 mm Breite zu haben.

Das untere Ende der äußeren Kanüle ist leicht einwärts gebogen, so daß die innere Kanüle von dieser Umbiegung gerade knapp bedeckt wird.

Die Kanülen wurden nach meiner Angabe von Herrn Klöpfer, Instrumentenmacher, Bern, Schwanengasse, angefertigt.

Die zwei Fälle, bei welchen diese Kanüle angewandt wurde und sich sehr gut bewährt hat, sind folgende:

Fall I. E. R., 57 Jahre, aus G. bei P., wird mir von seinem Arzte zur operativen Behandlung zugewiesen. Vater starb an Pneumonie, Mutter an Hydrops.

Pat. hat verschiedene Kriege in Italien, Afrika und Mexiko, sowie den Feldzug von 1870 mitgemacht, will aber keine Syphilis gehabt haben; hat immer viel geraucht.

Im Monat Februar 1896 wurde Pat. heiser; Dyspnoë hat er erst seit einigen Tagen und kann seither nur auf der rechten Seite liegen; die Rückenlage und die Lage auf der linken Seite verstärken die Dyspnoë. Schluckbeschwerden hat Pat. erst seit 2 Monaten; damals konnte er z. B. trockenes Brot ohne Hustenreiz nicht herunterschlucken.

Das Leerschlucken macht keine Beschwerden.

Jetzt kann er nur Flüssigkeiten, und zwar mit Mühe herunterschlucken.

Pat. klagt außerdem über Schmerzen im Hinterhaupte und in den Ohren.

Status. Pat. ist stark abgemagert, schwach, kann kaum stehen, ist etwas cyanotisch, sieht aber nicht kachektisch aus. Atmung beschleunigt, mit Rasseln und Röcheln, 40. Herztöne schwach, Puls ebenfalls, 96. Auskultation ergibt Ronchi, Vesikuläratmen fehlt. Am Halse, auf der rechten Seite etwas Ödem in der Supraklavikulargegend. Trachea sehr stark nach links verschoben. Hinter der Trachea und rechts von derselben eine unbewegliche, undeutlich begrenzte Geschwulst. Keine Drüsen zu fühlen.

Leichte Dämpfung unter der Clavicula bis zur 2. Rippe rechts. Hautvenen auf der rechten oberen Seite des Thorax stark dilatiert.

Laryngoskopisch sieht man das rechte Stimmband in Lähmungsstellung, sonst ohne Veränderungen, das linke Stimmband bewegt sich normal.

Unter dem Larynx sieht man die rechtsseitige Trachealwand vorgebuchtet, aber nicht unregelmäßig.

Die Oliven bleiben am Thoraxeingang stecken.

Diagnose: Carcinoma oesophagi mit Trachealstenose.

Da Pat. unmöglich auf dem Rücken liegen kann, wird von einer Narkose abstrahiert und die Tracheotomie in sitzender Lage ausgeführt. 1. Juni 1896.

Sagittalschnitt vom Manubrium aufwärts. Trennung des Isthmus zwischen zwei Ligaturen und Einlegen einer gewöhnlichen silbernen Kanüle für Erwachsene

Die Atmung wird sofort viel besser.

2. Juni. Die Atmung ist wieder etwas behindert, offenbar steckt das untere Ende der Kanüle in der Stenose.

Es wird in aller Eile eine König'sche silberne Kanüle gemacht, die am 3. Juni eingelegt wird. Pat. atmet jetzt wieder ganz gut. Die Kanüle muß aber zum Reinigen öfters herausgenommen werden, und es ist nicht leicht, sie wieder einzuführen. Es wird deshalb eine Doppelkanüle mit umgekehrter Spirale angefertigt, mit welcher Pat. ganz gut atmet und die leicht zu reinigen ist. Pat. reist mit dieser Kanüle nach Hause am 12. Juni, besorgt selbst die Reinigung. Laut Nach-

richten vom 5. Juli ist Pat. noch am Leben, die Schluckbeschwerden sind gleich geblieben, die Atmung ist ganz gut.

Pat. stirbt Ende August 1896.

Die Kanüle war im ganzen 12 cm lang und ganz nach den bereits angegebenen Maßen angefertigt worden.

Der Pat. hat noch $2^1/_2$ Monate nach der Tracheotomie gelebt und in der ersten Zeit sich wieder bedeutend erholt.

Fall II. J. S., 54 Jahre alt, aus G.

Vater starb im 73. Jahre an einem Unfall, Mutter im 73. Jahre an Hydrops.

Pat. hat im 4.—6. Jahre Krup, im 16. Variola durchgemacht. Hatte Gelenkrheumatismus in den 20er Jahren.

Von 1887—1889 alle Monate Schmerzanfälle im Bauche mit Fieber und Ileuserscheinungen, jedoch nie Erbrechen.

Seit 1892 alle Jahre 1—2mal Angina bis 1899. Dezember 1901 fühlte er sich matt und legte sich zu Bett am 1. Januar 1902. Im Laufe des Januar konsultierte Pat. wegen häufigen Ructus einen Arzt.

Anfangs Februar Schluckbeschwerden. Pat. hatte den Eindruck, daß die Speisen im Thorax stecken blieben. Vom 15. Februar 1902 an konnte Pat. nicht mehr feste Speisen essen, sie blieben am Thoraxeingang stecken, und man war gezwungen, ihm Faustschläge im Rücken zu applizieren, um die Speisen wieder herauf zu befördern. Anfangs April macht Pat. eine Ruhekur in Territet, dann nahm er Aufenthalt in einer Villa in der Umgebung von G. und nährte sich nur mit Milch, Eiern, Fleischsaft etc. Am 15. Juni kann Pat. wieder solide Speisen schlucken, aber von dieser Zeit an stellt sich ein pfeifendes Geräusch beim Atmen ein.

Am 11. Juli reist Pat. nach Aeschi zur Erholung, der Husten wird aber stärker; Pat. bekommt dort am 10. August einen Erstickungsanfall mit Ohnmacht und wird als Notfall ins Salem geschickt mit der Diagnose: Struma profunda. Dr. Dumont konsultiert mich und wir notieren folgenden

Status: Ziemlich kräftiger Mann, etwas abgemagert, cyanotisches, ängstliches Aussehen. Stenotische, verlangsamte Atmung. Vesikularatmen durch den Stridor beiderseits ganz verdeckt. Herztöne gespalten, sonst normal. Kein Eiweiß. Thyreoidea vergrößert, beide Lappen gut fühlbar, heben sich beim Schlucken. Hinter dem linken Lappen eine Geschwulst, die nur leicht beweglich ist und in die Tiefe sich fortzusetzen scheint. Trachea ganz stark nach vorn in die Incisura sterni gedrängt.

Keine Drüsen. Gedämpfter Perkussionsschall am oberen Ende des Sternum mehr nach links.

Oliven, auch die kleinsten, bleiben 24 cm hinter den Schneidezähnen stecken, dennoch schluckt Pat. Brot, Wasser etc. anscheinend ohne Mühe.

Das Liegen auf der rechten Seite vermehrt, auf der linken hingegen vermindert die Dyspnoë.

Diagnose: Carcinoma oesophagi mit Dislokation und Abplattung der Trachea nach vorn.

15. August Konsultation mit Prof. Kocher; es wird noch eine Punktion der Geschwulst vorgenommen, die keine weitere Aufklärung gibt.

Es wird beschlossen, neben der in Aussicht genommenen Tracheotomie eine Exstirpation der Geschwulst zu versuchen.

Operation 18. August 1902. Chloroformnarkose gut.

Kragenschnitt wie bei der Strumaexzision. Der linke Strumalappen wird isoliert, Thyreoidea sup. und inf. unterbunden. Es stellt sich jetzt nach Entfernung des linken Lappens heraus, daß die Geschwulst sehr weit in die Tiefe reicht und daß eine radikale Operation resp. Entfernung des karzinomatösen Ösophagussegmentes ohne Sternumresektion nicht möglich ist.

Es wird also auf eine weitere, fast aussichtslose, radikale operative Behandlung verzichtet und eine 11 cm lange Doppelkanüle nach unserem Modell eingeführt.

Die Temperatur, die vor der Operation 38—39° betrug, bewegt sich in den 6 folgenden Tagen zwischen 37 und Maximum einmal 38,3, vom 24. ab erreicht sie nie mehr 37. Die Temperaturerhöhung nach der Operation war einer leichten Infektion der Strumaexzisionswunde zuzuschreiben, die, mit der Tracheotomiewunde kommunizierend, nicht leicht per primam heilen konnte.

Pat. schluckt nach der Operation weniger gut, und nach wenigen Tagen werden nur mühsam flüssige Speisen heruntergebracht.

Pat. resp. seine Familie kann sich jedoch nicht zu einer Gastrostomie verstehen und reist nach G. am 9. September zurück. Der Tod erfolgte am 23. September 1902, also 5 Wochen nach der Operation.

Bei der Abreise war der postoperative Bronchialkatarrh schon verschwunden; Auswurf war nur ganz gering, und die Kanüle wurde sehr gut vertragen.

Auch hier bot die Reinigung nicht die geringste Schwierigkeit; die äußere Kanüle wurde bis zur Abreise des Pat. nie herausgenommen.

Vom klinischen Standpunkte aus bot dieser zweite Fall nach verschiedener Richtung Interesse: Diagnostisch war die Unterscheidung zwischen Carcinoma oesophagi und Struma maligna retro-trachealis recht schwierig und konnte mit Sicherheit nur bei der Operation festgestellt werden. Sehr störend für die Diagnose eines Carcinoma oesophagi war das Zurückkehren einer normalen Schluckfunktion, nachdem monatelang dauernde Schluckbeschwerden bestanden. Als wenig bekanntes Symptom ist anzuführen der Einfluß der Lagen auf die Atmung.

Während beim ersten Pat., bei welchem sich die Geschwulst hauptsächlich rechts entwickelt hatte, die Lage auf der rechten Seite die Atmung erleichterte, sehen wir, daß beim zweiten Pat., mit Geschwulstentwicklung links, eine Erleichterung der Atmung beim Liegen auf der linken Seite auftrat.

Auf Grund dieser zwei Beobachtungen und der schlechten Erfahrungen, die andere mit dieser Kanüle, wenn sie nur einfach gebaut ist, gemacht haben, darf ich sie den Fachkollegen bei analogen Fällen bestens empfehlen.

---

21) 53. Jahresversammlung der American medical association[1].

McRae: Abscess of the lung following acute lobar pneumonia.

Die Prognose der Lungenabszesse ist bei medikamentöser Behandlung so schlecht, daß in allen Fällen, wenn nicht gerade Pat. schon sterbend ist, die Operation gemacht werden soll. Selbst in verzweifelten Fällen ist noch Rettung zu erreichen. Wenn der Abszeß richtig eröffnet und drainiert ist, tritt völlige Genesung ein. Die Diagnose ist im allgemeinen leicht. Bei der Operation macht Verf. die Öffnung möglichst tief unten, reseziert nötigenfalls mehrere Rippen recht ausgedehnt.

4 Fälle ausführlich mitgeteilt, alle völlig geheilt; einer davon schien während der Operation sterbend. Sehr ausführliche Literatur mitgeteilt.

Whitacre: The inoperable nature of the pulmonar tubercular lesion.

Verf. gibt eine Übersicht über die von einzelnen Chirurgen erreichten Erfolge und ausführliche anatomische Darstellung der tuberkulösen Lunge und bespricht dann dieAu sschneidung tuberkulöser Herde, Drainage von Kavernen, die Kompressionsmethode mittels Stickstoff nach Murphy und die Thorakoplastik. 1) Ausschneidung tuberkulöser Herde aus der Lunge ist in den meisten Fällen unmöglich und unvorteilhaft. 2) Inzision und Drainage von Lungenkavernen ist eine nicht zu rechtfertigende Operation. Die Kaverne unterscheidet sich wesentlich vom gewöhnlichen Abszeß. 3) Die Stickstoffkompressionsmethode ist ein zweckmäßiges Verfahren bei einer bestimmten Reihe ausgewählter Fälle. Ihre Anwendung ist gefahrlos, die Wirkung scheint gut. 4) Thorakoplastik ist eine sehr gefährliche und im Ganzen wenig Erfolg versprechende Operation.

---

[1] Nach dem Berichte im Journ. of the amer. med. assoc. 1902. Oktober.



In der Diskussion über beide Vorträge erwähnt Oliver Smith (Hartford), daß die Art des anfallsweise auftretenden Hustens mit reichlicher Eiterentleerung charakteristisch sei für Lungenabszeß. Mayo (Rochester) erzielt Bildung von Pleuraverwachsungen durch Packungen mit feuchter Gaze gegen die Pleura parietalis. Die Gaze wird lose angenäht. Gibbons (Scranton) hat häufig bei Verletzungen von Lunge und Brustkasten Eröffnung der Brusthöhle ohne wesentliche Schädigung, wie sie bei Pneumothorax gefürchtet sind, gesehen. Allen legt zur Vermeidung der schweren Atemnot nach Pleuraeröffnung den Kranken auf die Ecke des Operationstisches, so daß die Öffnung am tiefsten liegt und die übrigen Brusteingeweide nachsinken können. Ferguson (Chicago) hat einen Fall von tuberkulöser Verdichtung der Lunge (Pneumonia caseosa) erfolgreich mit Jodoforminjektionen behandelt. Völlige Heilung. Frank (Chicago) weist auf die Schwierigkeit hin, einen zusammengefallenen Abszeß der Lunge selbst nach Pleuraeröffnung nachzuweisen.

Taylor: The surgery of rickets.

T. hat seine Beobachtungen an der orthopädischen Klinik des Spitals für Knochenbrüche und Verkrüppelungen in New York an einem Materiale von 6583 Rachitischen gemacht. 1) Subkutane Osteotomie des Schaftes des Ober- und Unterschenkels ist eine sichere und gefahrlose Operation für Kniedeformitäten und O-Beine. 2) Sie ist der keilförmigen Osteotomie oder offenen Durchtrennung der Knochen vorzuziehen. 3) Die Gefahr einer Pseudarthrose ist bei Asepsis und sonstiger Vorsicht gering, durch die Rachitis auch nicht erhöht. 4) Die gewöhnlichsten Fehler sind unvollkommene Korrektur, namentlich falsche Fußstellung (Drehung), Operation vor Ablauf des eigentlich rachitischen Prozesses. 5) Gipsverband ist der geeignetste zur Erhaltung der Stellung, er muß, ebenso wie alle anderen Schienenapparate, monatelang getragen werden. 6) Die subkutane Osteotomie gleicht der subkutanen Tenotomie insofern, als sie ebenso einfach, sicher und gefahrlos ist, in der Leichtigkeit, mit welcher durch sie die Deformität korrigiert werden kann und mit welcher sich klaffende Spalten zwischen einzelnen Knochen ausfüllen. Beide sind indiziert, wenn die Deformität durch Streckung nicht gebessert werden kann.

Ransohoff: Trephining for brain tumors.

Unter 8 von R. wegen Verdacht einer Geschwulst Trepanierten waren nur 2, bei denen eine solche vorlag; bei einem dritten fand sich eine syphilitische Verdickung der Dura; bei allen 3 saß die Geschwulst nur im psychomotorischen Zentrum. 1) Bei dem 32jährigen Pat. hatte die Erkrankung mit typischer Jackson'scher, vom Fuße ausgehender Epilepsie begonnen, 3 Jahre vor der Operation. Kurz vor derselben fand sich eine etwas blutreichere Papille mit verschwommenen Rändern linkerseits, linke Seite schwächer, erhöhte Sehnenreflexe. Diagnose: Geschwulst im linken Fußzentrum. Die Operation bestätigte sie; die Geschwulst war hühnereigroß, schien von der Pia auszugehen und war leicht ausschälbar. Heilung mit leichter Schwäche vom linken Arme und Beine, kein Rückfall innerhalb 9 Jahren. 2) 30jähriger Mann, hatte früher an Lungentuberkulose gelitten. Ein Jahr vor Operation Beginn epileptischer Anfälle, die von der Oberlippe ausgingen, auf die rechte Seite sich fortsetzten. Außer diesen keinerlei Erscheinungen, Augenhintergrund völlig normal. Es wurde ein Solitärtuberkel diagnostiziert. Operation zweizeitig, wegen starker Blutung aus der Diploë und einer Vene. Die zweite Operation wurde nach 3 Tagen zum größten Teil ohne Narkose vollzogen. Da sich zunächst keine Geschwulst fand trotz pulsloser Stelle der Hirnoberfläche, Absuchung der Umgebung nach Aufsetzen des Pat., was danach durch Zurücksinken des Schädelinhaltes leicht gelang. Es fand sich dabei eine härtere Stelle, auf die nach Erweiterung der Trepanationsöffnung eingeschnitten wurde. $1^1/_4$ cm unter der Hirnoberfläche lag die leicht ausschälbare Geschwulst, die sich als Solitärtuberkel erwies. Heilung bis auf Schwäche in der rechten Daumenmuskulatur. — Als besonders wichtig betont R. die geringen Symptome der letzten Geschwulst und deren erfolgreiche Entfernung, trotzdem es ein Solitärtuberkel war.

Mayo: The surgical aspect of pancreatitis.

M. gibt eine auszugsweise Darstellung alles bisher über Pankreatitis, Fettnekrose, ihre Entstehung, Verlauf und Behandlung veröffentlichten Materiales.

In der Diskussion macht Munro (Boston) Mitteilungen über 9 von ihm diagnostizierte und behandelte Fälle der Art. Nach ihm sind für die Diagnose wichtig: 1) Vorausgegangene Anfälle. 2) Erbrechen mit plötzlich auftretenden Leibschmerzen bei fetten Leuten. 3) Auftreibung des Leibes mit geringer Muskelspannung. 4) Druckempfindlichkeit der oberen Leibesgegend. 5) Nicht peritonitischer Gesichtsausdruck. 6) Leichte oder wechselnde Gelbsucht. 7) Früher vorhandene Gallensteinbeschwerden. — Marey (Boston) teilt einen noch unveröffentlichten, mit Erfolg operierten Fall mit, Rixford (S. Francisco), Butchelor (Milwaukee), Crise (Cleveland), Estes (South-Bethlehem), Steward (Philadelphia) machen ebenfalls kasuistische Mitteilungen.

Moore: Obstruction of the bowels from Meckel's diverticulum.

Mitteilung wie Diskussion sind wesentlich kasuistisch.

Bullard: Acquired non malignant stricture of the rectum; causes, symptomes and treatment.

Die Ursache ist nach B. seltener Syphilis als gemeinhin angenommen wird. Daß Syphilis bei Frauen häufiger die Ursache ist als bei Männern, kommt von der Verletzungen, Schädigungen mehr ausgesetzten Lage des Mastdarmes bei diesen. Die Schädigungen, die den Mastdarm treffen, teilt Verf. in von außen kommende und in der Mastdarmwand befindliche, zu welch letzteren er Tuberkulose, Hämorrhoiden, Mastdarmfisteln und -Vorfall rechnet. Die Symptome teilt er ein in solche vor und nach Geschwürsbildung im Darme. Die Diagnose muß sorgfältiger als bisher gestellt werden; B. empfiehlt sehr die Kelly'sche Röhre in Kelsey's Abänderung, durch die man hoch hinauf in den Darm gelangen und die Striktur zu Gesicht bringen kann. Von ihr aus ist auch richtiges Bougieren unter Leitung des Auges möglich, ebenso die lokale Behandlung geschwüriger Vorgänge.

Harsley (Burlington) empfiehlt ebenso wie Means (Columbus) die gerade oder schräge innere oder äußere Proctotomie für durch Bougierung unheilbare Fälle.

Mills: A new scheme of the zones and centres of the human cerebrum.

Die neue Einteilung ist folgende: A. Höhere psychische Zone. B. Motorisches Sprachzentrum. C. Motorische Zone. D. Stereognostische Zone. E. Gehörzone. F. Höheres, G. niederes Sehzentrum. Bei sämtlichen sind die Ausfallserscheinungen mitgeteilt. Eine längere neurologische Abhandlung geht vorher.

Bryant: Low lateral pharyngotomie.

B. hat durch tiefe seitliche Pharyngotomie eine von der hinteren Kehlkopfwand ausgehende Geschwulst entleert. Sie saß 11 cm hinter den unteren Schneidezähnen, maß 41 : 43 : 37 mm. Während der Narkose wurde Tracheotomie nötig. Der Zugang zur Geschwulst war leicht. Sie ließ sich bis auf einen seitlichen Ansatz am Schildknorpel leicht ausschälen ohne Verletzung der sie überziehenden Rachenschleimhaut. Naht der Rachenwunde und teilweise der äußeren unter Drainage des leeren Sackes. Ein Teil des letzteren wurde später nekrotisch. Die ersten 3 Tage Ernährung vom Mastdarme aus. Vorübergehende rechtsseitige Stimmbandlähmung. Wegen des breiten Raumes und der verhältnismäßig wenig wichtigen im Wege liegenden Teile empfiehlt B. die Operation sehr für solche Fälle.

Diskussion: Allen (Cleveland) hat einen Rachenpolypen auf gleichem Wege entfernt, Dawbarn (New York) ebenso ein verschlucktes Gebiß. Er empfiehlt zur Ernährung Einreibungen von heißem tierischem Fett (Gänseschmalz, Butter) auf die vorher hyperämisch gemachte Haut. Rixford (S. Francisco) hat auf gleichem Wege ein Karzinom im obersten Teil der Speiseröhre entfernt. Zum Ersatze des verloren gegangenen Schleimhautteiles wurde Schleimhautplastik aus der hinteren Rachenwand nötig. Trotzdem Stenose leichten Grades. Ransohoff

(Cincinnati) empfiehlt die Pharyngotomia subhyoidea, ebenso Lutz (St. Louis) und Goodhue (Dayton). Shurly (Detroit) will den Schlingenschnürer selbst bei breit aufsitzenden Geschwülsten angewandt wissen. Weir (New York) verwirft die Naht der Rachen- bezw. Speiseröhrenwunde, da doch nie absolute Ruhe dieser Teile eintrete, auch keine Dichtigkeit zu erzielen sei.

Leonard: The symptomatology of calculous renal and ureteral disease.

Aus den klinischen Symptomen, der chemischen Untersuchung des Urins, dem tastbaren Befunde kann die Diagnose obiger Erkrankungen oft schwer oder unmöglich sein. Allein das Skiagramm, das bei richtiger Handhabung des Apparates und der nötigen Erfahrung fast immer auch von kleinen Steinen zu erlangen ist, gibt sicheren Aufschluß; unter 254 Fällen waren nur 5 Fehldiagnosen.

Diskussion: Cabot (Boston) warnt vor Überschätzung der Röntgenstrahlen. Ochsner (Chicago) empfiehlt sehr den Harris'schen Segregator zum getrennten Auffangen des Urins von jeder Niere besonders, warnt vor Harnleiterkatheterismus. Diese und andere Redner zur Diskussion teilen einschlägige Fälle mit.

Andrews: Infrapubic section for prostatectomie.

A. geht davon aus, daß nicht die Größe der Prostata allein für die Urinverhaltung maßgebend ist. Es gehört zur Verlegung der Harnröhre bei Prostatahypertrophie noch ein Druck von außen gegen die Drüse. Dieser wird ausgeübt von den Knochen des Beckens und dem ligamentösen Abschlusse, dem Lig. triangulare, den Bandverbindungen der Prostata mit dem Becken und der Unnachgiebigkeit dieser Teile, sowie durch Muskeldruck (Levator ani). Löst man diese unnachgiebigen Teile, so hört der Druck und damit die Harnverhaltung auf. Dies geschieht durch einen Schnitt seitlich der Peniswurzel, parallel zum absteigenden Schambeinaste. Die wichtigen Gefäße können dabei vermieden, Pars membranacea urethrae und Prostata zu Gesicht gebracht werden durch Zug am Penis, nachdem dessen Aufhängeband, die tiefe Fascie und ein Teil des Levator ani durchtrennt sind. Der »Prostataring« wird aufgeschnitten, die Drüse teilweise entfernt unter sorgfältiger Schonung der Harnröhre. Durch diesen Eingriff wird das Diaphragma uro-genitale erschlafft, der Druck der straffen Teile auf die Prostata hört auf, das Hinabsinken der Blase durch diese Erschlaffung ist sehr günstig, da der Blasenhals jetzt der tiefste Punkt und eine etwa vorhandene Sackbildung der Blase völlig ausgeglichen wird.

Diskussion: Blasucci (New York) gibt einen Apparat zur Blasendrainage nach suprapubischer Prostatektomie und ähnlichen Operationen an, der gerade soviel Urin abführt, als durch die Harnleiter zugeführt wird. Ochsner (Chicago) hat vom Damme aus die Prostata entfernt, dazu einen hufeisenförmigen Schnitt gebraucht. Hervorziehen der Drüse mit scharfem Haken, Schonung des Mittelteiles bis zuletzt ist dabei wichtig. Moore (Minneapolis) will ebenfalls das Vorgehen vom Damme aus als das Normalverfahren betrachten. Murphy (Chicago): Durch das Dammverfahren wird die Heilung bedeutend abgekürzt. Ferguson (Chicago) sieht bimanuelle Ausschälung von der Blase unter Gegendruck vom Mastdarme her vor; Anführung seiner Ergebnisse. Young (Baltimore) will die Bottini-Operation, besonders bei sehr Alten und Geschwächten, nicht vermissen, während Syms (New York) sie gänzlich verwirft und seine Methode der Entfernung vom Damme aus unter Gegendrängen eines in die Blase eingeführten und aufgeblasenen Gummiballons für die schonendere hält (s. Referat dieses Zentralblatt 1902 Nr. 12).

Fuller: Drainage of extravesical and extraperitoneal suppurations of the male pelvis.

Anatomische, pathologisch-anatomische und ätiologische Betrachtungen gehen voraus, Symptomatologie und Diagnose folgen. Für die Behandlung wird nach Einschnitt der Haut hauptsächlich stumpfes Vorgehen mit Sonde und Finger empfohlen. Drainage, Ausspülungen mit Wasserstoffsuperoxyd.

Munro: External urethrotomy from the standpoint of the general surgeon.

Im wesentlichen Mitteilung seiner an 50 Fällen gesammelten Erfahrungen, die nichts besonderes Neues bieten.

Montgomery: The evolution of the treatment of pelvic inflammation.

Gibt eine Übersicht über Entwicklung der Diagnose und Behandlung der Beckeneiterungen der Frau und kennzeichnet den heutigen Standpunkt der Behandlung als einen mehr konservativen als früher.

Noble: Drainage versus radical operation for suppuration in the female pelvis.

N. will die intraperitoneale Eröffnung von Eiteransammlungen nur auf ein kleines Gebiet beschränkt wissen. Die gewöhnlichen Beckeneiterungen nach der Geburt, vereiterte Haematocele retro-uterina u. dgl. sollen auf vaginalem Wege eröffnet und drainiert werden. Bei sehr geschwächten Pat. soll bei Vorhandensein mehrerer Eitersäcke zunächst nur der größte eröffnet und dann abgewartet werden.

In der Diskussion wird beiden Ausführungen allgemein zugestimmt.

Trapp (Bückeburg).

---

22) **Bodin.** Sur la botryomycose humaine.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 289.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von menschlicher Botryomykose. In dem einen Falle saß die Geschwulst an der Streckseite des rechten Daumens, im anderen an der Beugeseite des rechten Mittelfingers. Die Größe dieser Geschwülste betrug in der Breite $1^1/_2$ und 2 cm, in der Höhe 1 und $1^1/_2$ cm, sie hatten kuglige Form und waren durch einen Stiel an die Unterlage angeheftet. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Neubildung aus jungem Bindegewebe und zahlreichen Gefäßen mit dünnen Wänden bestand; Bindegewebe und Gefäße waren eingebettet zwischen die aus dem Stiel aufsteigenden und sich verzweigenden Bindegewebsstränge. Die Gefäße waren so zahlreich, daß man den Eindruck eines kapillären Angioms hatte. Die Untersuchung auf Botryomyceten fiel negativ aus, es gelang dagegen dem Verf., Staphylokokkus aureus zu züchten. Diesen hält Verf. für den Erreger dieser Affektion in Übereinstimmung mit anderen Untersuchern, deren Ansichten und Untersuchungen kritisch besprochen werden. Er faßt seine Ansicht dahin zusammen, daß die menschliche Botryomykose nur Wucherungen sind, welche unter dem Einflusse des Staphylokokkus aureus entstehen, und deren besonderes klinisches Bild und gestielte Form erklärt wird aus den eigentümlichen anatomischen Verhältnissen am Orte ihrer Entstehung.

Klingmüller (Breslau).

23) G. Perthes. Über gutartige Epitheliome, wahrscheinlich kongenitalen Ursprunges.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 283.)

P. hat in Peking 2 Chinesen in den dreißiger Jahren eine warzenartige Geschwulst exstirpiert und beschreibt hier ausführlich deren Histologie.

In Fall 1 handelte es sich um eine Epidermiswucherung in die Tiefe, welche, schlauchförmig angeordnet, ein ausgedehntes Netzwerk bildet. Es ist ausschließlich Plattenepithel, welches stellenweise verhornt ist. Zahlreiche kleinere und größere Cysten finden sich abgeschnürt und sind mit zum Teil kolloid degeneriertem Inhalte gefüllt. Einige enthalten haarähnliche Bildungen. Die Geschwulst ist also als Talg- bezw. Haarbalgdrüsenwucherung anzusehen, als sog. Trichoepithelioma. Da organähnliche Neubildungen aber beim Menschen nur von Zellen erzeugt werden, die von vornherein bei der Entwicklung dafür prädestiniert sind, ist die Geschwulst bezw. ihre Anlage als kongenital anzusehen.

In Fall 2 war der histologische Geschwulstbau ähnlich, doch enthielten die Zellschläuche ausschließlich Cylinderepithel, welches außerdem von Verhornung

ganz frei war; auch fehlten die haarähnlichen Bildungen. Diese Geschwulst wird als eine abnorme Entwicklung von Schweißdrüsenanlagen, als ein Hydradenom angesehen. P. erklärt auch sie als kongenitalen Ursprunges und parallelisiert sie mit den gutartigen epithelialen Kiefercysten. Die einschlägige histologische Spezialliteratur ist angezogen, makro- und mikroskopische Abbildungen der Arbeit beigegeben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

24) **Dubreuilh et Auché.** Épithéliomes bénins multiples du cuir chevelu.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 545.)

Verff. stellen 12 Fälle obiger Affektion aus der Literatur zusammen und fügen eine eigene Beobachtung dazu. Sie halten die Geschwülste nicht für Endotheliome, sondern für Epitheliome und geben eine sehr genaue Beschreibung der mikroskopischen Befunde. Trotz der Multiplizität der Geschwülste werden die regionären Lymphdrüsen nicht affiziert; ebensowenig sind Metastasen beobachtet, und eine wesentliche Störung des Allgemeinbefindens tritt nicht ein. Die Entwicklung erstreckt sich über viele Jahre. Selbst nach unvollständiger Exzision residivieren die Geschwülste nicht. Neben der Exzision empfehlen die Verff. Auskratzung mit dem scharfen Löffel. **Klingmüller** (Breslau).

25) **M. Marcuse.** Zur Kenntnis der Hauthörner.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. LX. p. 197.)

Verf. hat in 2 Fällen das bisher nicht beobachtete Auftreten von hauthornähnlichen, symmetrisch lokalisierten Gebilden an den Zehen konstatiert. — Die Entscheidung, ob es sich hier um Bildungen auf angeborener Grundlage oder um schwielenartige Zustände von ganz abnormer Entwicklung handelte, konnte nicht gefällt werden. **Jadassohn** (Bern).

26) **Dalous.** Le cylindrome de la peau.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 469.)

Während Billroth für die Cylindrome, welchen er den Namen gegeben hatte, endothelialen Ursprung annahm, wies später Malassez nach, daß diese Neubildungen epitheliale Geschwülste seien. Verf. teilt einen Fall dieser Art mit und gibt eine genaue histologische Beschreibung einer solchen Geschwulst, welche von der behaarten Kopfhaut eines 70jährigen Mannes operativ entfernt war. Sie war in etwa 10 Jahren zur Größe eines halben Handtellers herangewachsen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Epitheliom mit trabekulärem Typus handelte, das vom Rete Malpighi ausging. Die Besonderheit dieser Epitheliome besteht darin, daß stellenweise Hohlräume in ihnen enthalten sind, welche auf zweierlei Weise entstehen können: 1) durch Degeneration und Einschmelzung der Epithelzellen, 2) durch Proliferation von Bindegewebe, welches zuerst myxomatös entartet, später hyalin und an einzelnen Stellen völlig amorph wird. Malassez hatte von den Cylindromen folgende Beschreibung gegeben: Fibröses Bindegewebsstroma mit oder ohne hyaline Veränderungen; Zellhaufen von mannigfachen Formen, mehr oder weniger verzweigte und anastomosierende Cylinderzellen; alveoläre Massen, in deren Mitte man oft Bindegewebsfächer sieht, welche von den Wänden ausgehen, sich verzweigen und sich im Innern der Massen verlieren; ganz besonders charakteristisch ist, daß man im Innern dieser Zellmassen oft transparente Gebilde von verschiedenen Formen findet, welche bald völlig hyalin oder sehr fein granuliert, bald fibrillär sind, und runde Gebilde, die sternförmige Zellen und manchmal Gefäße enthalten.

Vier Mikrophothographien sind der Arbeit beigegeben.

Klingmüller (Breslau).

27) **G. Pini.** Ein Fall primärer Hautsarkomatose.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. LXI. p. 103.)

Bei dem augenblicklichen, sehr verworrenen Stande der Sarkomlehre ist jeder genau untersuchte Fall wichtig. Bei P.'s Beobachtung ist erwähnenswert: der

schnelle Ablauf, die Sarkome in der Lunge, die histologische Ähnlichkeit mit bei derselben Pat. bestehenden Naevis, so daß Verf. glaubt, daß in diesem Falle das Sarkom aus einem Naevus hervorgegangen ist (entgegen der Annahme Unna's).

Jadassohn (Bern).

28) **W. N. Heinatz.** Über späte Krebsrezidive.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 44.)

H. verarbeitete das Krebsmaterial des Petersburger klinischen Militärspitales für die letzten 30 Jahre. Von 709 Fällen handelte es sich in 122 (17,2%) um Rezidive. Von den im ersten Jahrzehnt Operierten hatten 29 ein Rezidiv, davon 7 (24,1%) ein spätes (nach mehr als 3 Jahren). Für das zweite Jahrzehnt sind die betreffenden Zahlen 39 und 6 (15,3%), für das dritte 54 und 5 (9,3%). Nach weniger als einem Jahre traten 56 (45,9%) Rezidive auf, nach 1—3 Jahren 46 (37,7%), später 18 (15%). Die spätesten Rezidive sind folgende: 1) Frau von 34 Jahren, 1875 Amputatio mammae dextr., 1894 Krebs der linken Mamma, 1896 Amputation derselben, 1898 Rezidiv links in der Narbe, Entfernung. 1900 neues, nicht operierbares Rezidiv. 2) Frau, 52 Jahre alt, 1883 Operation eines Nasenkarzinoms, 1898 Rezidiv desselben. 3) Mann von 47 Jahren, 1874 Operation eines Lippenkrebses, mit Entfernung der Drüsen, 1888 Rezidiv in den Drüsen. 4) Mann von 49 Jahren, 1888 Lippenkrebs entfernt; 1902 Rezidiv an der Lippe und in den Halsdrüsen. 5) Frau von 57 Jahren, 1885 von Ratimow wegen Magenkrebs operiert (Resektion), 1897 Rezidiv in der Leber und den rechten Axillardrüsen. 6) Mann von 40 Jahren, 1881 Lippenkrebs und Drüsen entfernt, 1888 Rezidiv in den Drüsen. — 6 Rezidive betrafen die Lippe, je 3 Brustdrüse und Gesicht, 2 den Oberkiefer, je 1 den Magen, den Mastdarm, die Wange und die Brusthaut. Von 18 wurden nur 8 wieder operiert und ohne sichtbares Rezidiv entlassen. Schlußfolgerungen: Volkmann's Regel, daß nach 3 Jahren das Karzinom als geheilt betrachtet werden kann, ist nicht richtig: das Rezidiv kann während des ganzen weiteren Lebens eintreten. Übrigens tritt je weiter, desto seltener ein Rezidiv auf. Der Verlauf des späten Rezidivs unterscheidet sich in nichts vom frühen, es kann ebenso bösartig sein und muß möglichst früh operiert werden. Alle Formen des Krebses können Spätrezidive geben. Diese Rezidive hängen vom Weiterwachsen der bei der Operation zurückgebliebenen Geschwulstpartikel ab. Letztere können viele Jahre im Ruhezustand verbleiben und bei günstigen Umständen anfangen rasch zu wachsen. Die Spätrezidive werden meist bei kräftigen Individuen ohne vorhergehende erschöpfende Krankheiten und Syphilis beobachtet. Es müssen also alle vorhandenen statistischen Angaben über Dauerheilung des Krebses revidiert werden. **Gückel** (Kondal, Saratow).

29) **Haberer.** Über einen seltenen Fall von Spätrezidiv nach Karzinom.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 35.)

Die Frage nach der Dauerheilung von Krebs nach operativen Eingriffen ist noch nicht als spruchreif anzusehen. Wenngleich die Volkmann'sche Anschauung, nach welcher eine mindestens 3jährige Rezidivfreiheit zur Annahme einer Radikalheilung berechtigt, eine sehr große Zahl von Anhängern besitzt, so sind doch zahlreiche Stimmen laut geworden, die auf Grund eigener Erfahrung und statistischer Arbeiten diese Grenze bedeutend hinausgerückt wissen wollen.

H. teilt nun die Krankengeschichte eines Falles von Carcinoma mandibulae mit, in welchem der damalige Assistent der Billroth'schen Klinik v. Eiselsberg im Jahre 1887 die Resektion des erkrankten Unterkiefers ausführte. Noch im Jahre 1901 konnte der Direktor derselben Klinik v. Eiselsberg die Rezidivfreiheit konstatieren. Im Juli 1902 aber kam Pat. mit einem ausgedehnten Karzinom der linken Mundhöhlenhälfte wieder zur Beobachtung.

Die Frage, ob es sich hier um ein echtes Rezidiv oder um das Auftreten eines neuen Karzinoms handle, wird in Anbetracht der Lokalisation und besonders der

Ergebnisse der jedesmaligen histologischen Untersuchung (beide Male Plattenepithelkarzinom) im ersteren Sinne entschieden. **Hübener** (Dresden).

30) W. Wolff. Über Gonokokken-Septikopyämie. (Aus der dritten medizinischen Klinik der Charité.)

(Fortschritte der Medizin 1902. Nr. 11.)

Weit seltener als die gonorrhoische Endokarditis sind Krankheitszustände, die unter dem Bilde einer typischen Sepsis oder Septikopyämie verlaufen; eine solche Erkrankung wird hier mitgeteilt.

3 Wochen vor der Aufnahme Gonorrhoe; z. Z. Konstatierung einer beginnenden eitrigen Fußgelenksentzündung; im Anschluß an diese das Bild einer Sepsis, Milzschwellung, hohes intermittierendes Fieber.

Bei der Operation hat der Gonokokkenbefund im Eiter die Ätiologie der Erkrankung bestätigt. Das Blut wurde nicht auf Gonokokken untersucht.

Verf. kommt zu dem Schlusse, daß man bei zahlreichen Krankheiten mit der Gonokokkenätiologie zu rechnen habe, insbesondere bei der sogenannten kryptogenen Septhämie der Weiber; bei letzteren seien die Erscheinungen der Gonorrhoe nicht so sicher als bei Männern. **Kronacher** (München).

31) P. J. Freyer. A clinical lecture on a third series of cases of total exstirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ.

(Brit. med. journ. 1902. Juli 26.)

F. reiht seinen bisherigen Publikationen über den Gegenstand (Brit. med. journ. 1901 Juli 20; 1902 Februar 1) einen weiteren Bericht über 6 einschlägige Fälle an.

Die Technik weicht nicht von der früher angewandten ab. Sectio alta, Vordrängen der vergrößerten Prostata vom Mastdarme aus, Durchtrennung der Blasenschleimhaut und stumpfes Auslösen des Organs. Dreimal kam es dabei zu einer Verletzung der Pars prostatica der Harnröhre; dieselbe wurde zum Teil mitentfernt. Ein Nachteil ist daraus für die spätere Funktion nicht erwachsen, nur war die Operation in diesen Fällen mit größerem Blutverluste und Chok verknüpft.

Die Operierten standen im Alter von 58 bis zu 76 Jahren, hatten meist schon ein jahrelanges Katheterleben hinter sich und waren teilweise schon stark heruntergekommen.

Einmal trat in der Tasche, in welcher die Prostata gelegen hatte, eine leichte Eiterung ein, welche anfänglich bedrohliche Symptome machte. Nach Entleerung des Eiters gingen die Erscheinungen bald zurück.

Die Harnentleerung wurde in allen Fällen wieder normal.

Bei einem weiteren Pat., der seit 2 Jahren an sehr schweren Harnbeschwerden litt, fand sich eine leichte Vorragung des rechten und des linken Lappens, wobei jene eine Klappe über der Harnröhrenmündung bildete. Im übrigen erwies sich die Prostata bei der Untersuchung vom Mastdarm aus wohl sehr derb, aber nicht wesentlich vergrößert, so daß an Karzinom gedacht wurde. Die Totalexstirpation erwies sich als unausführbar, so daß F. sich mit der Wegnahme der Vorragung begnügte. Anfänglich ging alles gut, dann trat beiderseits eine Pneumonie auf, und der Kranke ging zugrunde. **Weiss** (Düsseldorf).

32) D. Kennedy. Suprapubic cystoscopy.

(New York med. record 1902. April 19.)

Auch K. hat durch die Punktionswunde nach dem Blasenstich bei einem Prostatiker eine Inspektion vorgenommen, um die intravesikale Lage festzustellen. Verf. hält es für besser, besonders bei der Unmöglichkeit ein Cystoskop oder ein anderes diagnostisches Instrument durch die Harnröhre einzuführen, erst diesen Weg einzuschlagen und dann sich über die Eingriffe zu entscheiden. Cf. L o e w e n h a r d t dieses Zentralblatt, Chir.-Kongress 1899 p. 139 und K r a s k e 1902 p. 153. **Loewenhardt** (Breslau).

33) **G. le Filliatre.** Calculs de la vessie, de l'urèthre et de l'uretère.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXVII. ann. T. IV. Nr. 4.)

Der Träger dieser 3 Steine hatte eine ziemlich 25jährige Leidenszeit durchgemacht, die mit einer Gonorrhoe begann, 2 Urethrotomien nötig gemacht hatte. Zuletzt litt er an unerträglicher Pollakiurie; der Urin war ammoniakalisch zersetzt. Durch Katheterismus ließ sich eine größere Inkrustation in der hinteren Harnröhre, sowie ein großer, adhärenter Blasenstein erkennen, der auch bimanuell tastbar war. Durch Sectio alta wurde ein Phosphatstein der Blase von 4 : 5,4 cm im Durchmesser entfernt, sowie retrograd ein 2,6 cm langer, inkrustierter Harnröhrenstein.

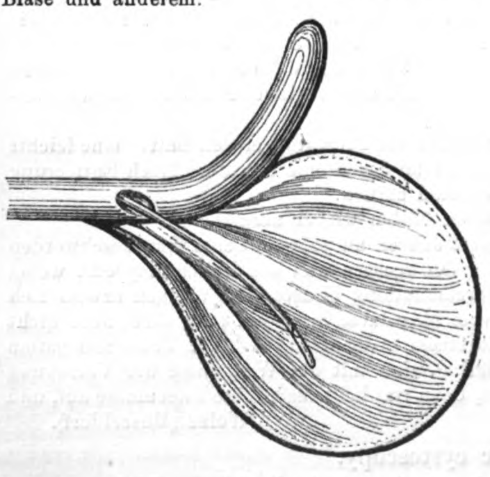
14 Tage später, nachdem bereits primäre Heilung erfolgt war, tritt unter Temperatur- und Pulserhöhung heftige Nierenkolik ein. Urin blutig; Sondierung ohne Ergebnis. Am folgenden Tage Temperaturabfall, Stein frei in der Blase nachzuweisen. Tags darauf erneute Sectio alta; dabei läßt sich eine beträchtliche Erweiterung des linken Harnleiters im vesikalen Teile nachweisen. Der Stein hat 3,5 cm im Durchmesser; er muß bis zu seinem Eintritte in die Blase im unteren Harnleiterende gesessen haben. **Christel** (Metz).

34) **F. C. Valentine.** The urine from each kidney.

(New York med. recod 1902. Oktober 25.)

Trotz der Vollkommenheit der neuen Harnleitercystoskope haben die Bestrebungen, den Nierenurin gesondert aufzufangen, ohne die Harnleiter dabei sondieren zu müssen, nicht nachgelassen. Im Prinzip gingen die Versuche dahinaus, in der Blase selbst eine »Wasserscheide« herzustellen (Neumann-Guben, Harris und Downes, denen Lambotte schon 1891 vorangegangen sein soll).

Es wird sich die Anwendung solcher Hilfsmittel von selbst wünschenswert machen, wenn aus irgend einem Grunde der Harnleiterkatheterismus nicht anwendbar erscheint, also immerhin nicht häufige Fälle von zu geringer Kapazität der Blase und anderem.



Das in obiger Abhandlung beschriebene, von Cathelin konstruierte Instrument (»le deviseur vesical gradue«, Guyon's Annalen 1902, Juni), scheint in der Tat ein brauchbares Hilfsmittel zu sein, wie durch eine Reihe von Abbildungen und Fällen erörtert wird.

Es gelingt nämlich durch Verschieben einer dünnen federnden Schlinge aus einem geteilten Katheter eine Gummimembran so zu entfalten, daß ein dichter Abschluß beider Blasenhälften durch eine mittlere Scheidewand geschaffen wird. Der Urin wird mittels dünner Katheter, welche in dem geteilten Metallinstrument nach Art der Ureterenkatheter rechts und links laufen, herausgehebert (s. Fig.). Bei stärker vorspringendem Mittellappen der Prostata ist natürlich auch dieses Verfahren illusorisch. Die Blase wird nur mit einigen Centimetern Flüssigkeit gefüllt. Die Feder schmiegt sich der Konfiguration der Blasenwand gut an. Das Instrument verdient Beachtung. **Loewenhardt** (Breslau).

35) **Bornhaupt** (Riga). Über Nierenexstirpationen.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 24.)

Verf. berichtet über 20 Nierenexstirpationen von A. v. Bergmann, die eine Sterblichkeit von 20% aufweisen. Aus den die Krankengeschichten begleitenden Bemerkungen, die sich auf die Diagnose und Operationsmethode beziehen, sei folgendes hervorgehoben: Es wurde die lumbale Operationsmethode als das normale Verfahren betrachtet und dabei der v. Bergmann'sche Schnitt angewendet. Entscheidenden Wert für die Prognose hat der Zustand des Herzens. Die cystoskopische Untersuchung lieferte oft keine nutzbringenden Resultate, der Harnleiterkatheterismus wurde nicht zur Anwendung gebracht. Die Todesursachen der 4 unglücklich verlaufenden Fälle waren einmal eine durch Magengeschwür bedingte Perforationsperitonitis, einmal Epitheldegeneration der anderen Niere, zweimal Kollaps bei den schon vor der Operation durch die Länge des Leidens erschöpften Pat. Besonders günstige Erfolge liegen vor in einem etwa 4 Jahre geheilten, exstirpierten Nierenkarzinom und in einem etwa 5 Jahre geheilten Nierensarkom. **Schmieden** (Bonn).

36) J. **Fuchs.** Zur Kasuistik der Hydrocele bilocularis (Hydrocele en bissac der Franzosen).

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 6.)

Der mitgeteilte, aus der v. Mosetig-Moorhof'schen Abteilung stammende Fall betraf einen 54 Jahre alten Pat. Der Hodensack reichte bis zur unteren Grenze des oberen Drittels des Oberschenkels. Die Geschwulst glich der Form nach einem großen Uterus und reichte nach oben bis Nabelhöhe, zog im Bogen zur linken Spina ossis ilei nach unten und dem Verlauf des Leistenkanals entsprechend in den Hodensack. Die Länge beträgt 34 cm. In der Gegend des Lig. Pouparti eine leichte Einschnürung als Grenze zwischen abdominalem und skrotalem Teil.

Die Operation entleerte 2 Liter Hydrokelenflüssigkeit. Mühsam, unter mehrfachem Einreißen, wurde der Balg bis zur Kuppel von der Leistenwunde aus ausgelöst, die Schenkel des Leistenkanals mit Silberdraht genäht. Glatte Heilung.

Hübener (Dresden).

37) **Bongartz.** Ein Fall von Aktinomykose der Vulva.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901. Nr. 41.)

B. berichtet über eine durch Aktinomykose entstandene Anschwellung der großen Schamlippe, die wahrscheinlich durch Eindringen einer Granne in die Vulva bei der Landarbeit der Pat. entstanden war. **Borchard** (Posen).

38) L. N. **Warneck.** Über Uterussarkom.

(Medicinskoje Obosrenje 1901. September.)

W. sah 8 Fälle von Uterussarkom. 3 davon simulierten bösartige Geschwülste (von letzteren wurden während dieser Zeit 96 operiert), 5 gutartige Fibromyome, deren im ganzen 120 entfernt wurden. Das Verhältnis der Sarkome zu den Karzinomen ist also 1 : 32, zu den Fibromyomen 1 : 24. Von den Pat. mit bösartigen Formen starb 1 an Ileus nach der Operation, 2 genasen und eine war nach 6 Monaten noch rezidivfrei. Von denen mit gutartigen Geschwülsten starb eine; nach erfolgter Prima ging die Wunde wieder auf und trat Peritonitis ein. Bemerkenswert ist Fall 8: Sarcoma submucosum corporis uteri; bei 5 Jahre langem Bestehen litt das Allgemeinbefinden fast gar nicht; die Geschwulst war kolossal groß und gab nicht nur keine Blutung, sondern rief sogar während der letzten 2 Jahre Amenorrhoe hervor; endlich waren keine Metastasen vorhanden und die Grenzen des Uterus nicht überschritten worden, außer dem Orificium externum; das untere Segment des Uterus, die breiten Bänder und das Bauchfell waren ad maximum dilatiert. Mikroskopisch erwies sich die Neubildung als Myxosarkom.

Gückel (Kondal, Saratow).



39) **Würth v. Würthenau.** Die Dauerresultate der vaginalen Uterusexstirpationen an der chirurgischen Klinik in Heidelberg 1878—1900.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIV.)

Unter ausführlicher Wiedergabe der Kranken- und Operationsgeschichten werden die 152 vaginalen Uterusexstirpationen, welche vom Jahre 1878—1899 in der Heidelberger Klinik ausgeführt wurden, zusammengestellt und die erzielten Dauerresultate besprochen.

Das bei weitem größte Interesse erwecken die beim Uteruskarzinom erreichten Erfolge. Von den 51 Operierten starben 10 noch in der Klinik, 11 im ersten Jahre, 9 im zweiten Jahre nach der Operation. Von 41 aus der Klinik Entlassenen starben 25 an Rezidiv, an anderen Erkrankungen und an Metastasen 5. Gegenwärtig leben noch 9 Pat., 2 von diesen leiden aber bereits an Rezidiv und 3 sind über das Rezidiv noch nicht hinaus, da noch keine 4 Jahre seit der Operation verflossen sind. Es bleiben also nur 4 Fälle von Dauerheilung übrig, was einem Prozentsatze von 7,8 sämtlicher Operierten entspricht.

Bei Sarkom des Uterus wurden 50%, bei Deciduom 100% Dauerheilungen erzielt. Die Totalexstirpationen wegen Myomen weisen, abzüglich 13% unbekannt gebliebener Fälle, 77% Dauerheilungen auf.

Von 6 wegen Tuberkulose des Uterus oder der Adnexe operierten Frauen leben noch 3.

Des weiteren wurde die vaginale Uterusexstirpation vorgenommen 29mal wegen Endometritis, 10mal wegen vereiterter oder entzündlicher Schwellung der Adnexe, 8mal wegen Prolaps, 9mal wegen Retro- oder Anteflexio, 1mal wegen Osteomalakie und 2mal wegen Eierstocksgeschwülsten. Bezüglich der hier erzielten Dauererfolge muß ich auf die Einzelheiten des Originals verweisen.

Blauel (Tübingen).

40) **J. M. Lwow.** Zur Pathologie der Fallopi'schen Tuben.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 35.)

2 seltene Fälle von Tubengeschwülsten. Im ersten handelte es sich um ein multiples Fibromyom der linken Tube bei einer 34 Jahre alten Frau, das seit 10 Monaten starke anhaltende Schmerzen hervorrief. Die eine, walnußgroße Geschwulst lag unter der Schleimhaut an der einen Seite, die andere umgab die Lichtung ringförmig und lag näher zum Uterus. Vaginale Operation, Heilung. — Bei der zweiten, 50 Jahre alten Pat. traten 6 Jahre nach Aufhören der Menses Blutungen auf. Nach 6 Monaten vaginale Entfernung des Uterus und der linksseitigen Adnexe. Nach 8 Monaten unheilbares Rezidiv. Der entfernte Uterus erwies sich normal, die Tubenschleimhaut und -Fimbrien mit papillären Exkreszenzen bedeckt; mikroskopisch: Carcinoma simplex.

Gückel (Kondal, Saratow).

41) **A. Blau.** Beiträge zur Klinik und operativen Behandlung der Ovarialtumoren.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIV.)

In den Jahren 1877—1900 wurde in der Klinik Czerny's an 391 Frauen die abdominale Ovariotomie ausgeführt; 2mal wurde auf sakralem Wege, 4mal bei vaginaler Totalexstirpation des Uterus die Eierstocksgeschwulst entfernt. 139mal wurde doppelseitig, 132mal rechtsseitig, 113mal linksseitig operiert.

Auf die in der sehr ausführlichen Arbeit niedergelegten Einzelheiten des Befundes bei der Operation und die dadurch bedingten Modifikationen des operativen Vorgehens kann hier nicht näher eingegangen werden.

Bei den 391 abdominalen Ovariotomien ereigneten sich 51 Todesfälle, was einer Gesamtsterblichkeit von 13% entspricht. Der tödliche Ausgang kann aber nur in 18 Fällen (= 4,6%) als durch die Operation selbst verursacht angesehen werden.

Bei 307 Pat. konnte über ihr ferneres Schicksal Auskunft erhalten werden. Von 253 wegen gutartiger Geschwulst operierten Frauen waren 53 gestorben, am Leben waren noch 198, und zwar 184 bei völliger Gesundheit. Unter den 53 Todesfällen mußte 10mal das ursprüngliche Leiden als Ursache angesehen werden.

Von 41 wegen bösartiger Geschwulst operierten und geheilt entlassenen Frauen waren noch 19 am Leben (3 Karzinome und 16 Sarkome), 12 (5 Karzinome und 7 Sarkome) waren rezidiv gestorben, 4 an Krankheiten, welche von dem Grundleiden nicht abhängig gemacht werden können und 3 an unbekannter Todesursache. Bei 3 Pat. waren die Nachforschungen resultatlos.

Es sind also von den bösartigen Eierstocksgeschwülsten 46,3% als dauernd geheilt anzusehen. **Blauel** (Tübingen).

42) **Bravo y Cozonado.** Un caso de esplenectomia.
(Revista de med. y cir. pract. Nr. 736.)

B. teilt einen Fall von Milzexstirpation mit, der ätiologisch und differentialdiagnostisch von Interesse ist. Die 23jährige Kranke wurde in bewußtlosem Zustande in das Krankenhaus eingeliefert mit der Angabe, daß die Bewußtlosigkeit im Verlaufe eines Anfalles heftigster Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes eingetreten sei. Nach Wiederkehr des Bewußtseins trat andauerndes Erbrechen gallig gefärbter Massen auf. Die Untersuchung des Bauches ergab hochgradigen Meteorismus, Schmerzhaftigkeit des ganzen Unterleibes bei geringster Berührung, indes besonders heftig in der rechten Fossa iliaca. Der Puls war klein und sehr frequent, die Atmung beschleunigt, der Gesichtsausdruck der für Peritonitis typische. — Es wurde die Diagnose demgemäß auf Appendicitis mit Übergang in diffuse Peritonitis gestellt und beschlossen, eine eventuelle Operation am folgenden Morgen vorzunehmen. — Um diese Zeit war jedoch das Bild vollkommen verändert: die Brechanfälle hatten aufgehört, die Schmerzhaftigkeit war geringer, der Puls regelmäßig und voll, die Temperatur war normal, und der Meteorismus war fast ganz geschwunden. Die nach einigen Tagen vorgenommene neue eingehende Untersuchung ergab eine weiche, wenig bewegliche, runde Geschwulst von glatter Oberfläche, die, in der rechten Axillarlinie beginnend, sich 3 Querfinger breit über die Linea alba hinaus erstreckte und die Fossa iliaca dextra nach unten hin vollkommen ausfüllte. Unter der Diagnose multilokuläre Eierstocksgeschwulst wurde zur Operation geschritten, die das erstaunliche Resultat ergab, daß es sich um eine gewaltig hypertrophierte und auf die rechte Seite verlagerte Milz handelte. Diese war vollkommen mit dem großen Netz verwachsen, dieses selbst in einen armdicken Strang verwandelt, der zweimal um seine Achse gedreht war. Durch letzteren Umstand waren der Schmerzanfall und die peritonitischen Symptome erklärt. Die Milz wurde exstirpiert, die Heilung ging ohne jeden Zwischenfall von statten. Eine gleich nach der Operation vorgenommene Blutuntersuchung ergab normales Verhalten des Blutes. Nachträglich stellte sich heraus, daß Pat. im Alter von 11 Jahren mehrere Anfälle von Malaria gehabt hatte, und daß sie kurz darauf von einem Hammel, mit dem sie zu spielen pflegte, sehr heftig in die linke Bauchseite gestoßen worden war, daß sie später auch zeitweise eine bewegliche Geschwulst im Leibe gespürt habe. Es handelte sich demnach um eine traumatische, linkerseits losgerissene und dann rechts durch Verwachsungen fixierte Milzgeschwulst nach Malaria, verbunden mit akuten Einklemmungserscheinungen von Seiten des Stieles. Verf. hält folgende 3 Punkte dieser Krankengeschichte für besonders wichtig: 1) den Beweis der großen Schwierigkeit einer sicheren Differentialdiagnose der Bauchgeschwülste; 2) die Möglichkeit, die Milz in der rechten Seite des Abdomens zu finden; 3) die Tatsache, daß diese gewaltige Milzgeschwulst die Blutbeschaffenheit nicht im mindesten alterierte.

Stein (Wiesbaden).

43) **W. Simon.** Splenektomie bei dem primären Sarkom der Milz.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.)

Die aus der Königsberger Klinik stammende Arbeit tritt für die Radikaloperation des primären Sarkoms der Milz durch Splenektomie ein, so lange die

Metastasierungen die regionären Lymphdrüsen nicht überschritten haben. Veranlassung gab ein von Garrè operierter Fall von primärem Milzsarkom bei einer 38jährigen Frau. Es handelte sich um ein Rundzellensarkom mit Metastasen in den Hilusdrüsen. Die Operation verlief glatt, alles Kranke konnte entfernt werden. 4 Monate nach der Operation hat sich bei der Pat. noch kein Anzeichen eines Rezidivs gezeigt.

Ein beträchtlicher Teil der in der Literatur niedergelegten Fälle von Splenektomie bei primärem Sarkom der Milz, auf deren schlechte Erfolge viele Chirurgen ihren ablehnenden Standpunkt gegenüber der Milzexstirpation begründen, sei nicht einwandsfrei. Zu verwerten seien außer dem eigenen, neu mitgeteilten Falle nur noch 3 Beobachtungen. Unter diesen 4 Fällen wurde 3mal durch Splenektomie ein Erfolg erzielt. Aus diesen Erfahrungen erhelle die Berechtigung der Splenektomie als Radikaloperation primärer Sarkome der Milz zwecks anzustrebender Dauerheilung.

Blauel (Tübingen).

44) P. Peugniez. Cancer du foie. Hépatectomie. Guérison opératoire.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXVII. ann. T. IV. Nr. 5.)

Bei einer 59jährigen Kranken, die an Koliken im rechten Hypochondrium leidet, wird eine dem Leberrande aufsitzende, höckerige, mit der Atmung herabsteigende Geschwulst gefunden. In der Annahme, es handle sich um eine Cholecystitis, wird die pararektale Laparotomie ausgeführt; die Geschwulst sitzt mit relativ schmalem Stiele dem Leberrande auf; da bei genauer Prüfung weder am Pylorus, noch an der Gallenblase, noch sonst auf der Leberoberfläche Neubildungen nachzuweisen sind — die Gallenblase kann überhaupt nicht gefunden werden —, umsticht P. die Geschwulst und trägt sie mittels Thermokauters ab. Die ziemlich lebhafte Blutung wird durch 3 Dauerklemmen gestillt, die Wunde tamponiert; die Heilung erfolgte in 3 Wochen.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt die Abstammung der karzinomatösen Geschwulst von Gallenkanälchen, indem sie aus Cylinderepithelschläuchen besteht (Cancer en amande nach Gilbert). Es muß daher zweifelhaft bleiben, ob sie einen primären Krebs darstellte. Die jüngst eingegangenen Nachrichten von der Kranken lassen auf eine schnelle Verallgemeinerung schließen.

Christel (Metz).

45) Rostowzew. Ein Fall von hochgradiger cystischer Erweiterung des Ductus choledochus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 41 u. 42.)

Bei einem 13jährigen wurde eine große cystische Geschwulst der Leber, die für einen Echinokokkus gehalten wurde, operiert. Dieselbe war vom kleinen Netze fast überwachsen; bei ihrer Inzision entleerten sich gegen 2 Liter Flüssigkeit. Nach 2 Tagen Tod. Die Obduktion zeigt, daß es sich um eine cystische Erweiterung des Ductus choledochus handelt, bedingt durch einen klappenartigen Verschluß am unteren Ende des Ganges. Verf. geht des näheren auf die Art und Mechanik des Verschlusses ein. Es sind bis jetzt nur noch 4 derartige Fälle in der Literatur veröffentlicht.

Borchard (Posen).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. Sonnabend, den 24. Januar. **1903.**

Max Schede †.

Die Trauerkunde von dem so unerwarteten, allzu frühen Dahinscheiden Max Schede's hat uns alle, welche ihm näher standen, auf das Schmerzlichste ergriffen. Entsprechend der Aufforderung der Redaktion des Zentralblattes für Chirurgie seien unserem dahingeschiedenen Freunde und Kollegen, dem Mitbegründer des Zentralblattes für Chirurgie, an dieser Stelle schmerz- und dankerfüllte Worte des Abschieds gewidmet.

Ein reich gesegnetes, arbeitsvolles Leben von nicht ganz 59 Jahren liegt nun für immer abgeschlossen vor uns. Geboren am 7. Januar 1844 zu Arnsberg in Westfalen ist Schede in vollster Schaffenskraft infolge einer Influenzapneumonie von dem unerbittlichen Tode dahingerafft worden. Noch manche reife Frucht hofften wir von seiner geradezu staunenswerten Arbeitsfrische, von seinem reichen Wissen und Können in Zukunft zu erhalten.

Schede begann seine eigentliche chirurgische Laufbahn im Jahre 1868 als Assistent Richard v. Volkmann's, nachdem er 1866 mit seiner Dissertation: »De resectione articulationis coxae« promoviert und im Kriege gegen Österreich ärztlich tätig gewesen war. Auch im deutsch-französischen Kriege leitete er eine Feldlazarett-Abteilung. 1872—1875 war Schede Privatdozent der Chirurgie in Halle, und in dieser Zeit traten wir uns näher, um im Verein mit v. Lesser unter schwierigen äußeren Verhältnissen das Zentralblatt für Chirurgie ins Leben zu rufen, dessen erste Nummer

am 4. April 1874 erschien. Bis 1880 haben dann Schede, v. Lesser und ich die Redaktion des Zentralblattes gemeinschaftlich geführt. 1875—1880 war Schede Direktor der chirurgischen Abteilung des Berliner städtischen Krankenhauses am Friedrichshain und 1880 bis 1895 Oberarzt der chirurgischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses in Hamburg. Seit 1895 wirkte er als ordentlicher Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Klinik in Bonn. In allen seinen verschiedenen Stellungen hat Schede neben seiner umfassenden praktischen Tätigkeit immer noch Zeit gefunden, literarisch Außerordentliches zu leisten. An den Arbeiten des Deutschen Chirurgen-Kongresses nahm er sehr regen Anteil, teils durch etwa 30, meist anregende Vorträge, teils durch interessante Mitteilungen in der Diskussion.

Von seinen zahlreichen literarischen Arbeiten seien besonders folgende erwähnt: Beiträge zur Behandlung von Gelenkkrankheiten mit Gewichten im Archiv für klin. Chirurgie XII, 1871. — Über die tiefen Atherome des Halses (Ibid. XIV, 1872). — Über Hand- und Fingerverletzungen (v. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge 1871, 29). — Über den Gebrauch des scharfen Löffels bei Geschwüren — Über partielle Fußamputationen (Sammlung klin. Vorträge 1874, 72/73). — Mitteilungen aus der chirurgischen Abteilung des Berliner städtischen Krankenhauses am Friedrichshain unter Mitwirkung der Herren Böters, Rinne, Stahl und Wildt (Leipzig 1878). — Die operative Behandlung der Harnleiterfisteln (Zentralblatt für Gyn. 1881). — Allgemeines über Amputationen, Exartikulationen und künstliche Glieder (v. Pitha-Billroth's Handbuch der allg. u. spez. Chirurgie 1882). — Beiträge zur chirurgischen Behandlung des Ileus (XVI. Chir.-Kongreß 1887). — Über die Erfolge des Koch'schen Verfahrens bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose (XX. Chir.-Kongreß 1891). — Über die Resektion des Mastdarmes bei strikturierenden Geschwüren (XXIV. Chir.-Kongreß 1895). — Ein Vorschlag zur Modifikation des Calot'schen Verfahrens (XXVII. Chir.-Kongreß 1898). — Seine Mitteilungen über Larynxexstirpation, über die Totalexstirpation des tuberkulösen Vas deferens und der Samenblasen. Sein Vortrag auf dem internationalen Kongreß in Kopenhagen 1883: Über die Wundbehandlung mit Sublimat. — Die Behandlung der Empyeme (Korreferat auf dem IX. Kongreß für innere Medizin, Wien 1890), seine mehrfachen Arbeiten über die angeborene Hüftgelenksluxation, über Nierenexstirpation, über die antiseptische Wundbehandlung, über den Gebrauch der versenkten Drahtnaht bei Laparotomien und bei der Radikaloperation der Hernien. — Die chirurgische Behandlung der Erkrankungen des Brustfells und des Mittelfellraumes sowie die Chirurgie der

peripheren Nerven und des Rückenmarkes im Lehrbuch der Therapie von Pentzold und Stintzing. — Die Verletzungen und Krankheiten der Nieren und des Harnleiters im Handbuch der praktischen Chirurgie von v. Bergmann, v. Bruns, v. Mikulicz etc.

Schede war eine sehr liebenswürdige, wohlwollende Persönlichkeit von noch seltener Jugendfrische. Mit Leib und Seele Chirurg, strebte er eifrig nach der Wahrheit und hat sehr erfolgreich das Ansehen der deutschen Chirurgie gefördert. Mit seinem Lehrer v. Volkmann verband ihn ein aufrichtiges Freundschaftsverhältnis. Manches Samenkorn hat Schede in den Boden der deutschen Chirurgie eingepflanzt, welches zu seinem Ruhme fruchtbringend weiter wachsen und seinen Namen der chirurgischen Nachwelt erhalten wird. Das aus bescheidenen Anfängen von ihm mitbegründete Zentralblatt für Chirurgie hat sich zu unserer Freude derartig entwickelt, daß es sowohl für den praktischen als auch für den wissenschaftlich tätigen Chirurgen unentbehrlich geworden ist.

Für alles, was Max Schede in seiner Wissenschaft und Kunst geleistet, was er seinen Kranken, seinen Schülern und uns, seinen Freunden und Kollegen, gewesen ist, legen wir dankerfüllt und schmerzbewegt den unvergänglichen Lorbeer an seinem leider so frühen Grabe nieder und rufen ihm ein herzliches und aufrichtiges »Habe Dank« in die Ewigkeit nach. H. Tillmanns.

(Aus der chirurgisch-gynäkologischen Privatklinik von Dr. **Hahn** in Mainz.)

Die Verhütung des Bauchbruchs nach Laparotomie.

Von

Dr. Johannes Hahn.

In der Nr. 50 des Zentralbl. für Chirurgie gibt **Wolff**-Essen als Ursache der nach Laparotomie folgenden Bauchhernien das Auftreten von Meteorismus an. Die Methode der Naht sei ganz gleichgültig. Um den Meteorismus zu verhüten, drainiere er in allen Fällen, bei denen er nicht mit Sicherheit einen absolut reaktionslosen Verlauf erwarten dürfe. Da ich nicht für ausgeschlossen halte, daß gerade die wenn auch kleine Drainageöffnung zum Auftreten einer Hernie Veranlassung geben könnte, da ich andererseits schon seit 1896 die äußerste Sorgfalt auf die Bauchnaht verwende, und meine bisherigen Resultate einer Verbesserung nicht mehr fähig sind, denn ich habe bei 88 Laparotomien mit Bauchdeckennaht hintereinander in dieser Zeit keine einzige Hernie erlebt, so erlaube ich mir nochmals, obwohl dies schon einmal[1] besprochen ist, kurz anzugeben, worin ich die Ursache der guten Erfolge sehe, da ich mich der Ansicht **Wolff's** nicht anschließen kann. Meine Fälle sind alle geheilt geblieben, ob nach der Operation Meteorismus auftrat oder nicht.

Ich lege bei meiner Methode den größten Wert auf folgende Punkte:

I. Möglichst isolierte Naht von

a. Peritoneum (+ Fascia transversa),

b. der Aponeurose der Bauchdecken mit Ausschluß der muskulösen Partien; letzteres, da die weichen Muskelfasern unter dem Druck der stark zusammengezogenen Fäden entweder augenblicklich oder im Laufe der nächsten Tage durchschneiden würden, während die aponeurotischen Fasern diese Schnürung ohne Umstände vertragen.

c. Naht der Haut, der event. bei starkem Panniculus einige versenkte Nähte mit möglichst dünner Seide vorausgehen.

II. Naht mit absolut sicher steriler Seide; man könnte auch ein anderes kaum oder nicht resorbierbares Material, besonders Silkworm, nehmen, doch ziehe ich Seide vor, weil sie, ohne schnell resorbiert zu werden, bald so einheilt, als ob sie ein Bestandteil des Gewebes wäre. Außerdem ist sie billig und leicht zu handhaben. Katgut verwerfe ich.

III. Völliges Einheilen der Fäden. Daß selbstverständlich dazu die strengste Antisepsis nötig ist, ist überflüssig zu erwähnen.

---

[1] Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. V. Hft. 4. p. 500 und Zentralblatt für Chirurgie 1897. Nr. 12.

Wie weit ich übrigens bei dem wichtigsten Teil der Antisepsis, der Händedesinfektion, jetzt gehe, nachdem mich die von Herrn Prof. Paul und Sarwey in Tübingen, denen ich auch an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank ausspreche, in zuvorkommender und liebenswürdigster Weise ausgeführten bakteriologischen Untersuchungen überzeugt haben — wie ja auch leider zu befürchten war —, daß nur eine Keimverminderung, keine Sterilität der Hände erreicht werden kann, erhellt daraus, daß ich jetzt auf die mechanische Reinigung in heißer Schmierseifenlösung mindestens 40 Minuten ververwende und hierauf eine 10 Minuten lang dauernde Abwaschung, Abreibung und Durchnässung mit 1‰igem Sublimatspiritus folgen lasse. Ich gehe damit so ziemlich an die Grenze des Möglichen, um die Keimverminderung auf den höchsten Grad zu treiben. Wie man sich leicht aus den in jenem Aufsatz[2] enthaltenen Tabellen überzeugen kann, ergab schon meine frühere Methode — viermalige mechanische Reinigung, 4 Minuten Sublimatspiritus, 2 Minuten Sublimatwasser — mit die besten bakteriologischen Resultate aller geprüften Methoden. Daß bei gelungener Antisepsis und glatter Einheilung der nach meinen Angaben vorschriftsmäßig eingelegten Seidenfäden doch eine Bauchhernie auftritt, dürfte nach meinen Erfahrungen wohl fast ausgeschlossen sein. Ich will nicht versäumen hinzuzufügen, daß ich die Hautfäden zwischen dem 7. und 9. Tage herausnehme, den Pat. in der Regel am 13. Tage aufstehen und keine Bauchbinde tragen lasse. Eine solche käme höchstens zur subjektiven Erleichterung des Pat. bei schlaffen Bauchdecken in Betracht, dagegen nicht etwa aus Rücksicht für die Gefahr der Bauchhernie.

---

1) **v. Baumgarten** und **Tangl.** Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. XVI. Jahrgang.

Leipzig, S. Hirzel, 1902. 812 S.

Dem bereits im Frühjahr erschienenen ersten Teil des 16. Jahrganges mit der Literatur von 1900 ist im Spätsommer der zweite Teil gefolgt und hat somit den zahlreichen Verehrern dieses trefflichsten Jahresberichtes ihren Wunsch, möglichst bald nach dem Berichtsjahr, den Bericht selbst in die Hände zu bekommen, erfüllt. Wer die großen Schwierigkeiten kennt, die das Zusammenbringen des auf so zahlreiche Mitarbeiter (außer den Herausgebern sind es z. Z. 37) verteilten Stoffes eines so umfangreichen, die einschlägige Literatur aller Kulturländer umfassenden Berichtswerkes bereitet, wird den gegen früher gewonnenen großen Fortschritt dankbar anerkennen.

---

[2] Paul und Sarwey, Experimentaluntersuchungen über Händedesinfektion. Münchener med. Wochenschrift 1901.

Auch diesmal ist wieder ein Wechsel in der Person mehrerer Mitarbeiter eingetreten. **Hübener** (Dresden).

---

2) **W. Kolle** und **A. Wassermann.** Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Lfg. 2—5, Atlas-Lfg. 2.

Jena, G. Fischer, 1902.

Nach Erörterung der allgemeinen Morphologie und Biologie der pathogenen Bakterien folgen eine Reihe von Aufsätzen, denen man wohl die Generalüberschrift »Infektion« geben kann, indem in diesen Aufsätzen das Kapitel der Infektion von den verschiedensten Seiten aus erörtert und beleuchtet wird. Aus den Auseinandersetzungen von W. erhalten wir ein Bild über das Wesen der Infektion, über Misch- und Sekundärinfektion, sowie über erbliche Übertragung von Infektionskrankheiten. Diesen Aufsätzen steht ein Aufsatz von K. über die Spezifität der Infektionserreger eng zur Seite.

Nach einer von Friedberger gegebenen Beschreibung der allgemeinen Methoden der Bakteriologie folgt eine Schilderung der Hyphenpilze von Plaul, der Sproßpilze von Busse, sowie der Malariaparasiten von Ruge. Daß letzteres Kapitel ebenso wie das anschließende von Kossel verfaßte Kapitel über die Hämoglobinurie der Rinder aus äußerlichen Gründen nicht unter dem Gesamtkapitel der Protozoen behandelt werden konnte, dürfte den Darstellungen an sich keinerlei Eintrag tun, da die genannten Kapitel wohl jedes ein in sich abgeschlossenes Ganzes bilden kann. Für eine nächste Auflage des Werkes wird sich vielleicht eine Unterordnung unter die Darstellung der Protozoen ermöglichen lassen.

Einzelheiten können hier natürlich nicht hervorgehoben werden. Betont sei nur das allen Kapiteln Gemeinsame, nämlich die überaus klare und sachliche Darstellung des Gegenstandes, die das Buch nicht bloß als Nachschlagebuch für Spezialisten auf dem Gebiete der Bakteriologie als willkommene Bereicherung unserer Literatur erscheinen läßt, sondern es auch infolge der fesselnden Schreibweise zu einer angenehmen Lektüre macht. Unsere besondere Anerkennung verdienen die wohlgelungenen und auch in ihrer Wiedergabe tadellosen Bilder.

Von den Bildern der zweiten Lieferung des mikrophotographischen Atlas gilt dasselbe wie von den Bildern der ersten Lieferung.

Silberberg (Breslau).

---

3) **W. Kolle** und **R. Otto.** Die Differenzierung der Staphylokokken mittels der Agglutination.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XLI.)

Bei der großen Verbreitung der Staphylokokken ist besonders in chirurgischer Beziehung die Frage von großer Bedeutung, inwieweit die bei pathologischen Prozessen des Menschen, auf normaler Haut und Schleimhaut, in der Luft vorkommenden Kokken eine einzige Art bilden oder nicht.

Verff. haben versucht, durch Immunisierung von Tieren mit Staphylokokkenpräparaten also entstandene Agglutinine auf die Möglichkeit ihrer Benutzung zur Trennung und Differenzierung der verschiedenen Staphylokokkenarten hin zu prüfen, ein Versuch, der um so aussichtsvoller erscheint, als bereits bei verschiedenen Bakterienarten (Typhus, Cholera, Pest) die streng spezifischen Eigenschaften der Agglutination mit Erfolg zur Trennung voneinander nahestehenden Bakterienarten da verwandt sind, wo die übrigen bakteriologischen Differenzierungsmethoden sich als unzureichend erwiesen haben. Die genaue Beschreibung der Versuche siehe im Original.

Die Ergebnisse der Verff. waren nun folgende:

4 Serumarten, 1 mit Peritonitisstaph. aur., 1 mit Furunkelstaph. aur., 1 mit Staph. albus Král und 1 mit gelbem Luftkokkus hergestellt, wurden zur Differenzierung von 31 Staphylokokkusarten verschiedenster Provenienz und Färbung benutzt.

Es fand sich nun, daß mit Ausnahme des Luftkokkenserums alle übrigen 3 Sera, auch der vom Albus stammende, sämtliche gelben und weißen Staphylokokken agglutinierten, die als Erreger von Eiterungen, schweren Furunkeln etc. gewachsen waren, d. h. gelbe Staphylokokken wurde vom »gelben« ebenso wie von »weißem« Serum, weiße Staphylokokken ebenso vom »weißen« und »gelben« Serum beeinflußt. Die saprophytischen, aus der Luft, von gesunder Schleimhaut, von Kleidungstücken, aus Aknepustel, Urin isolierten, wurden von diesen 3 Sera nicht agglutiniert. Dagegen agglutinierte das »Luftstaphylokokkenserum« ausschließlich einen weißen und einen gelblichen Luftstaphylokokkus. Durch Tierpassagen veränderte sich weder bei den Aureus- noch bei den Albusstämmen irgend etwas in Bezug auf die Agglutination noch auf den Titre (Verhältnis der Verdünnung).

Nach diesen Untersuchungen dürften die Angaben von der Ubiquität der pathogenen Staphylokokken einer erneuten Prüfung zu unterziehen sein, besonders hinsichtlich des Vorkommens der Albusarten in nicht infizierten Wunden, auf der Haut, in der Umgebung der Wunde, Stichkanalrötungen, auf unseren Händen etc. Kurz, wir sind nunmehr in der Lage mit verhältnismäßiger Leichtigkeit und ziemlicher Sicherheit unsere pathogenen Staphylokokken von den saprophytischen abzusondern und die Wirkung unseres aseptischen Apparates noch genauer zu kontrollieren.

Hübener (Dresden).

---

4) N. Panow. Über Tuberkulose der Tiere, hervorgerufen durch tote Tuberkelbacillen.

Dissertation, Jurjew, 1902. (Russisch.)

P. infizierte Tiere mit sterilisierten Tuberkelbazillen und untersuchte die Histogenese der »Nekrotuberkulose«. Resultate: die toten Tuberkelbazillen enthalten positiv chemotaktische Giftsubstanzen, die ihre chemotaktische Fähigkeit bei direkter Berührung

mit den lebenden Tierzellen entfalten. Sie rufen Bildung von Tuberkeln hervor, die im Anfang den gewöhnlichen Tuberkeln ähneln; sie erreichen mehrere Millimeter im Durchmesser, können im Zentrum nekrotisch werden; später tritt Rückbildung und Ersetzung durch Bindegewebe ein. Werden die toten Bazillen in großen Mengen eingeführt, so können sie zu schwerer Erschöpfung, selbst zum Tode führen. Bei subkutaner Injektion rufen sie Eiterung hervor. **Gückel** (Kondal, Saratow).

5) **Silberschmidt.** Über Aktinomykose.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXVII.)

Die aus dem Züricher hygienischen Institut stammende Arbeit weist auf Grund eingehendster mikroskopischer und kultureller Untersuchungen und des Ergebnisses zahlreicher Tierversuche überzeugend nach, daß die frühere Annahme, als ob die Aktinomykose eine spezifische, durch einen einzigen Strahlenpilz erzeugte Krankheit darstelle, nicht richtig ist. Vielmehr ist eine Reihe von verschiedenen, einander allerdings nahestehenden Mikroorganismen imstande, das typische Krankheitsbild zu erzeugen. Um den einzelnen Krankheitserreger zu erkennen, ist die Anlegung von Kulturen notwendig. Indessen ist zur Zeit eine auf Grund bakteriologischer Untersuchungen aufgestellte Differenzierung zwischen Aktinomykose und Pseudoaktinomykose nicht durchführbar. **Hübener** (Dresden).

6) **Hilger** und **van der Briele.** Über »Nachempfindungen nach Amputationen«.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 104.)

Verff. haben bei Amputierten der Magdeburger Krankenanstalt Sudenburg interessante Notizen über Empfindungen in den abgesetzten Gliedern gesammelt. Ein nach Pirogoff Amputierter spürt bei noch liegendem Verbande Zucken am »Fuße« und kratzt ins Leere, er kann mit seinem fehlenden Fuße spielen und die »Zehen« desselben beliebig gegeneinander bewegen. Ein Patient, dem ein steifer Finger exartikuliert ist, fühlt, wie er denselben jetzt frei bewegen kann — die täuschende Empfindung schwand dauernd, als der Mann beim Verbinden den Defekt gesehen hatte. Eine elektrische Reizung des Peroneus bei dem ersterwähnten Pat. mit Pirogoffstumpfe macht dieselben kribbelnden Empfindungen im fehlenden Fuße wie auf der gesunden Seite. Ein anderer nach Pirogoff Amputierter hat nach 3 Jahren die Empfindung, als seien die Zehen am Stumpfe angeklebt. Ein wegen Knietuberkulose Amputierter hat noch dreiviertel Jahre lang nach der Operation dieselben Schmerzen im »Knie«, wie vordem etc.

Zur Erklärung dieser rein ideellen Empfindungen sind die »Erinnerungsbilder« der Psyche heranzuziehen, und beruhen dieselben

sicher nicht stets auf Reizerscheinungen der durchschnittenen Nervenstümpfe, sondern auf dem Wiederbewußtwerden jener Bilder. Je größer der amputierte Teil, desto länger scheinen diese Bilder in der Psyche wirksam sein zu können. Wie Verff. mit Recht hervorheben, sind dergleichen Beobachtungen für sog. »traumatische Neurosen« von Wichtigkeit. Körperlich schmerzhafte und sonstige abnorme Empfindungen könnten ganz wohl richtig vorhanden sein, ohne daß für sie ein noch palpabler Grund ersichtlich. »Die Pat. wissen, es ist Täuschung, aber sie können sich nicht davon frei machen.«

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

7) **Hans Ruge.** Physiologisches über Muskelmassage nebst einigen therapeutischen Bemerkungen.

(Zeitschrift für diät. u. physikal. Therapie 1902. Bd. VI. Hft. 3.)

Verf. hat durch exakte physiologische Versuche am lebenden blutdurchströmten Muskel des Frosches festgestellt, daß der Verlauf einer Muskelzuckung nach Massage wesentlich flinker erfolgt, als nach Ruhe- und Erholungspausen während der Arbeit. Rollet hatte gezeigt, daß die Einzelleistungen eines Muskels bei zunehmender Ermüdung immer langsamer werden (daß also die Kurve des Zuckungsverlaufes immer gedehnter wird), daß sich aber der Muskel durch Ruhepausen erheblich erholt und wieder schneller arbeitet. R. wies nun nach, daß durch selbst kurze Massagen eine viel vollständigere Erholung eines müden Muskels erzielt wird, als durch gleich lange oder längere Ruhepausen. R. ließ z. B. den rechten Gastroknemius eines Frosches nach 100 Kontraktionen sich während einer Ruhepause von 5 Minuten erholen, während er den linken nach ebenfalls 100 Kontraktionen 5 Minuten lang massierte. Der durch die Erholungspause gekräftigte Muskel leistete nur ein Fünftel der Arbeit mehr als vorher, der massierte dagegen fast das Doppelte wie vor der Massage. Die Leistung wurde in Gramm-Millimetern genau berechnet. — Zahlreiche Versuche ergaben stets dieselben Resultate u. s. f. — Therapeutisch ergibt sich daraus, daß die Massage der Muskeln von besonderem Nutzen ist bei Ringern und Turnern vor ihren Kraftleistungen, bei Rekonvaleszenten nach langem Krankenlager, bei Blutarmen mit starkem Müdigkeitsgefühl usw. Stets sollte man gemischte Massage anwenden und die einzelnen Muskelgruppen etwa je 5 Minuten massieren.

Riedinger (Würzburg).

---

8) **O. Rothschild.** Über Kohlensäurenarkose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.)

R. untersuchte in dem Breslauer pharmakologischen Institute die Wirkung der Kohlensäure auf den tierischen Organismus durch Experimente an Kaninchen. Mittels des Kionka'schen Narkosenapparates wurden Sauerstoff-Kohlensäuregemische zur Einatmung

gebracht, deren Prozentgehalt an Kohlensäure wechselte. Es wurde festgestellt, daß sich durch diese Gemische, wenn der Gehalt an Kohlensäure mindestens 40% betrug, in kürzester Zeit eine tiefe Narkose erzielen ließ. Die Wirkung auf die Atmung und den Blutdruck war aber eine höchst gefährliche. Beide erfahren zwar im ersten Anfang der Narkose eine erhebliche Steigerung, derselben folgte jedoch schon nach wenigen Minuten ein starker Abfall. Während dieses bedrohliche Sinken des Blutdruckes nur bei höheren Konzentrationen eintrat, wirkten auch schon kleine Mengen Kohlensäure lähmend auf das Atmungszentrum und führten bei Fortsetzung der Inhalationen sicher zum Tode unter den Symptomen der Atemlähmung.

Diese Versuche erwiesen also zur Evidenz, daß in praxi eine Verwendung der Kohlensäure als Narkotikum ausgeschlossen ist.

Blauel (Tübingen).

---

9) **H. Küttner.** Das Operieren im Ätherrausch.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 3.)

K. hält die neuerdings von Riedel empfohlene Anwendung des Chloroforms für das Operieren in minimaler Narkose für unverhältnismäßig gefährlich und darum ungeeignet. Der Äther dagegen ist im Anfangsstadium der Narkose vollständig ungefährlich und darum das gegebene Narkotikum für kleinere chirurgische Eingriffe. Der durch 10—15 tiefe Atemzüge unter der Maske erzeugte Ätherrausch versetzt den Pat. in einen Zustand, in welchem kurzdauernde Operationen gut ausgeführt werden können, ohne daß Pat. im geringsten leidet. Der Rausch verfliegt ebenso schnell, wie er eingetreten ist, ohne irgend welche Nachwirkungen.

Um etwas längere, etwa bis 30 Minuten dauernde Operationen ausführen zu können, kann man sich des Ätherrausches gleichfalls bedienen, wenn man etwa $1/2$ Stunde vor der Operation Morphium subkutan gibt.

Diese Vorzüge verleihen dem Ätherrausch die größte Bedeutung für den praktischen Arzt.

Blauel (Tübingen).

---

10) **E. Blos.** Über die Schneiderlin'sche Skopolamin-Morphiumnarkose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 3.)

An 105 laufenden, nicht ausgesuchten Fällen wurden in dem städtischen Krankenhause in Karlsruhe Nachprüfungen über die Verwendbarkeit der Skopolamin-Morphiumnarkose angestellt. Die Methode wurde derart geübt, daß in der Regel am Abend vor der beabsichtigten Narkose $1/2$—1 Maximaldosis Skopolamin + Morphium gegeben wurde, um die Reaktion des Individuums kennen zu lernen. 6mal wurde diese Probedosis schlecht vertragen, deshalb von der subkutanen Narkose Abstand genommen.

Zur Erzielung der Narkose war dann für ältere Leute nur die Einverleibung der Maximaldosis Skopolamin + Morphium nötig, kräftige, jüngere Männer brauchten das 3—4fache. Einmalige große Dosen wurden bald verlassen, es wurden hohe Dosen nur noch getrennt gegeben. Die Injektionen wurden verabfolgt ca. 2 Stunden vor der Operation. Die Dauer der Narkose betrug mindestens 1, öfters 2—3 Stunden.

Bei 29 Narkosen mußte mit Äther nachgeholfen werden; dabei trat kein ungünstiger Zwischenfall ein.

Da im allgemeinen experimenti causa eine Individualisierung außer Acht gelassen wurde, ereignete sich unter den 105 Fällen 1 Todesfall, weitere 8mal traten Störungen (Asphyxie, Cyanose) auf, welche sich durch künstliche Atmung und Herzmassage wieder beseitigen ließen. Diese Störungen wurden noch bis 1 Stunde nach Beendigung der Operation beobachtet.

B. glaubt, daß die der neuen Narkose noch anhaftenden Gefahren durch fortgesetzte Versuche sich werden beseitigen lassen.

Blauel (Tübingen).

---

11) **F. Cathelin.** Les injections épidurales par ponction du canal sacré et leurs applications dans les maladies des voies urinaires, recherches anatomiques, experimentales et cliniques.

Paris, J. B. Baillière et fils, 1903. Mit 32 Fig.

Die umfangreiche, vielseitige und interessante Arbeit des Verf. entstammt dem Laboratorium von Richet und der Klinik von Guyon. Sie beschäftigt sich mit einer ganz neuen Methode, mit der Injektion schmerzstillender und medikamentöser Substanzen in den epiduralen Raum, der von der unteren Öffnung des Sakralkanals aus mit der Punktionsnadel zugänglich gemacht wird. Die Methode will sich in scharfen Gegensatz zu der intraduralen »Corning-Bier'schen« Methode setzen, da sie ungefährlicher ist, und da ihre Ausführung leichter, ihre Indikation vielseitiger sein soll. Trotzdem wir im Verlaufe der Abhandlung erkennen, daß die epidurale Methode auf einem ganz anderen Boden steht, als die intradurale, und trotzdem sie ganz andere Zwecke verfolgt, beginnt Verf. zunächst mit einer breiten historischen Einleitung über die intradurale Injektionsmethode und mit einer vergleichenden Gegenüberstellung der Vorteile und Nachteile beider Methoden. Dann folgt eine ausführliche Abbandlung über die Anatomie des Sakralkanals und des epiduralen Raumes.

In dem experimentellen Teile der Arbeit erfahren wir, daß Verf. seine Methode an Tieren erprobt hat, und daß er an menschlichen Leichen feststellte, daß sich unter einem gewissen Drucke vom Sakralkanale aus das epidurale Fettbindegewebe mit seinem reichen Venengeflecht bis hoch hinauf in das Niveau des Brustmarkes mit medikamentösen Substanzen infiltrieren lasse. Die Tierversuche ergaben eine hochgradige Toleranz dieses Gewebes gegen relativ hohe

Arzneidosen und dabei eine sehr schnelle Resorption, die Verf. durch Osmose auf direktem Wege durch die massenhaften Venenwände erklärt; auf letzterer Erkenntnis stützt sich seine Ansicht, daß die epidurale Injektion einer subkutanen sehr überlegen sei.

Was nun die epidurale Methode völlig von der intraduralen Methode trennt, ist die Tatsache, daß bei Menschen sich auf diesem Wege eine für operative Zwecke hinreichende Anästhesie überhaupt nicht erreichen läßt; nur für kleine regionäre Operationen am After oder Steißbein soll gelegentlich eine Schmerzlosigkeit erzielt sein.

Verf. bringt nun eine ausführliche Beschreibung seiner Technik; das Einzelne über Instrumente, Technik, Arzneidosen etc. muß im Original nachgelesen werden. Zur Injektion gelangte in erster Linie Cocain und die verwandten Salze; ferner Jodoformglycerin, Gelatine, Quecksilbersalze, Guajakol und insbesondere physiologisches Serum, das C. schließlich als das Hauptmittel gegen die mannigfachsten Leiden empfiehlt. Dem Verf., sowie allen, die die epidurale Methode bisher anwandten, muß ein großer Ideenreichtum zugesprochen werden in der Wahl ihrer Indikationen, und mit Erstaunen vernimmt der Leser, daß allenthalben Besserungen oder Heilungen von Leiden erzielt wurden, die bisher gerade zu den unzugänglichsten Übeln gehörten. Dabei ist die Methode absolut ungefährlich, es entstehen keinerlei Schmerzen, Erbrechen oder sonstige Störungen, höchstens ganz vorübergehende; man erlebte nie einen üblen Zufall dabei; Kontraindikationen sind im wesentlichen nur in mechanischen Hindernissen für die Injektion, knöchernem Verschluß des Sakralkanals etc., gegeben.

Empfohlen werden nach Mauclaire Jodoform-Glycerininjektionen bei Pott'scher Kyphose, ferner Gelatineinjektionen bei Blutungen; bei schweren Formen medullärer Syphilis wird die epidurale Injektion von Quecksilbersalzen als die Methode der Zukunft bezeichnet. Sicard wandte die Methode zuerst zur Schmerzstillung bei Ischias und Lumbago an und berichtet vorzügliche Erfolge. Günstig beeinflußt wurden ferner Gliederschmerzen bei Tabes und bei Paraplegien, Polyneuritis, gastrische Krisen, Blasentenesmus, Bleikolik, Interkostalneuralgie.

In dem zweiten Teile seiner Arbeit bringt Verf. im Zusammenhange die Anwendung der Methode bei den Erkrankungen der Harnwege. Hier stehen schmerzhafte Formen von Cystitis und Urethritis im Vordergrunde, tuberkulöse und gonorrhoische. Die wunderbarsten Erfolge wurden bei Inkontinenz erzielt, ausführliche Krankengeschichten berichten über Heilungen und Besserungen ganz alter Fälle; dieselben Injektionen halfen auch bei Urinretention (!).

Aus den weiteren Kapiteln sei nur erwähnt, daß diese Injektionen (meist physiologisches Serum) mit Erfolg angewandt wurden bei Enuresis nocturna, Pollakiurie, Pollutionen, Impotenz etc. Ausführliche Krankengeschichten sind beigegeben; im einzelnen muß auf das Original verwiesen werden.

Der Schluß der Arbeit befaßt sich mit dem Versuche, die Resultate zu erklären; hier gewinnt man den Eindruck, daß es sich weniger um exakte Begriffe, als vielmehr gelegentlich um Produkte der Phantasie handelt. (Traumatisme vertébral, phénomène inhibitoire, mécanisme intime de la vibration nerveuse.)

Wir stehen im ganzen hier einer sehr ideenreichen Arbeit gegenüber; ehe ihre Ergebnisse jedoch für uns praktische Bedeutung erlangen dürften, müssen umfangreiche Nachprüfungen vorausgehen, und der Leser der Arbeit steht unter dem Eindruck, daß diese Nachprüfungen den gegenwärtigen Enthusiasmus, der nach der Schilderung des Verf. in Frankreich hierüber herrscht, vielleicht reduzieren werden.

Schmieden (Bonn).

---

12) **Kienböck.** Über Methoden zur Deutung und Reproduktion von Radiogrammen.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 43.)

Verf. hat sich der nach Ansicht des Ref. verdienstvollen Aufgabe unterzogen, zweckmäßige Vorschläge zur Reproduktion von Röntgenbildern für Zeitschriften etc. zu machen. Er geht dabei von der Ansicht aus, die Schuchardt ausgesprochen hat, daß der Raum, den die Röntgenbilderreproduktionen in unseren chirurgischen Zeitschriften beanspruchen, und die dadurch verursachten Kosten in keinem richtigen Verhältnisse zu ihrem Nutzen stehen. An einer Reihe hübscher und klarer Bilder zeigt Verf., daß sich vorzügliche Nachzeichnungen einfach als Textfiguren machen lassen, die den großen Vorzug der Deutlichkeit haben, und bei denen der Verf. die Hauptsachen herausheben, das Nebensächliche nur andeuten, beliebig Verkleinerungen und Vergrößerungen anbringen kann. Freilich gehört dazu eine bestimmte Zeichentechnik, die sich nicht ganz leicht erlernen läßt. Der Name des Autors und Zeichners muß für die Korrektheit und Naturtreue der Zeichnungen bürgen, gerade wie bei den mikroskopischen Bildern, bei denen auch Handzeichnungen, selbst schematische, den Mikrophotographien wesentlich überlegen seien.

Schmieden (Bonn).

---

13) **E. A. Codmann.** A study of the cases of accidental X-ray burns hitherto recorded.

(Philadelphia med. journ. 1902. März 8 u. 15.)

Aus 172 in der Literatur niedergelegten Fällen berechnet C., daß auf etwa 5000 Röntgendurchstrahlungen eine hierdurch verursachte Gewebsschwellung kommt. Diesem Verhältnis entspricht die Tatsache, daß in den Krankenhäusern Bostons bei 20000 Durchleuchtungen 4 Schädigungen beobachtet wurden, die allerdings nicht Kranke, sondern ausschließlich die Untersucher (Skiagraphers) betrafen. Wesentlich günstiger gestaltet sich das Verhältnis, wenn man die in der ersten Zeit vorgenommenen Untersuchungen aus-

schließt. So kamen im letzten Jahre auf 20000 Fälle nur eine oder zwei der hierher gehörigen Erkrankungen. Nach C.'s Angabe hat man jetzt bei einer gewöhnlichen Röntgenuntersuchung die Aussicht, unter 10000 Durchstrahlungen eine hierdurch hervorgerufene Gewebsschädigung zu erleben.

Diese teilt C. in 5 Klassen ein:

1) Die gewöhnlich an der Hand oder im Gesicht des Untersuchers als Folge oft wiederholter kurz dauernder Durchstrahlungen auftretende Dermatitis (53 Fälle). Sie kann in schweren Fällen in Gangrän und Geschwürsbildung der Haut, ja in Gangrän der Nägel, Sehnenscheiden und Gelenke übergehen.

2—4) Erkrankungsformen, die ungefähr in demselben Verhältnis zueinander stehen wie die drei Grade der Verbrennungen. Ein leichtes Erythem der Haut kann in Blasen- und Pustelbildung mit tiefergreifenden, hartnäckig jeder Behandlung trotzenden Affektionen des Unterhautzellgewebes übergehen (14, 29 und 71 Fälle). Hier handelt es sich um Kranke, die nur einmal oder mehrere Male in kurzen Intervallen durchstrahlt worden sind.

5) Die unsicheren in der Literatur erwähnten Fälle, bei denen Erkrankungen tiefer gelegener Organe in ursächlichen Zusammenhang mit der Röntgendurchleuchtung gebracht werden.

Die Ursache der durch die Röntgenstrahlen gesetzten Verletzungen ist nicht bekannt. Anzunehmen ist, daß eine an die photographisch wirksamen Strahlen gebundene Kraft Veränderungen an den trophischen Hautnerven hervorbringt.

Die bei Erzeugung der Verletzungen jedenfalls in Frage kommenden Faktoren sind die Stärke des sekundären Stromes, die Röhrenbeschaffenheit, die Entfernung des durchstrahlten Körperteils von der Röhre, die Expositionszeit, endlich eine Idiosynkrasie des Kranken. A priori muß man annehmen, daß die Gefahr einer Schädigung um so näher gerückt ist, je größer die Stärke des sekundären Stromes ist. Ferner scheinen weiche Röhren erheblicher auf die Gewebe einzuwirken als harte. Als wichtigste Momente kommen die Entfernung zwischen Haut und Röhre und die Expositionszeit n Betracht. Die Entfernungen schwankten in den Fällen zwischen 1 und 50 cm, die Expositionszeiten zwischen 5 Minuten und 20 Stunden (10 Sitzungen). Im allgemeinen gilt das Gesetz, daß die Intensität der Röntgenstrahlen und demnach auch die Gefahr einer Hautschädigung sich direkt proportional der Zeit und umgekehrt proportional dem Quadrat der Entfernung verhält. Auf Grund dieses Gesetzes hat C., um die einzelnen Fälle miteinander vergleichen zu können, die Expositionszeiten auf die Entfernung von 1 Zoll zurückgerechnet. Bei diesem Abstande ist die kürzeste Expositionszeit, die eine Verletzung hervorgerufen hat, äquivalent einer Bestrahlung von 5 Sekunden Dauer. Geht man bei der Berechnung auf eine kürzere Expositionszeit zurück, z. B. auf eine Bestrahlungsdauer von 0,05 Minuten bei 1 Zoll Abstand, so kann

man den Satz aufstellen, daß bei den dieser Expositionszeit äquivalenten Vergrößerungen von Distanz und Durchleuchtungsdauer, so bei einer Bestrahlung von 5 Minuten und 10 Zoll Abstand oder 28,8 Minuten und 24 Zoll Abstand, noch nie eine sich anschließende Gewebsschädigung beobachtet worden ist. Diese Zahlen, die als Minimalzahlen anzusehen sind und, was die Zeit anbetrifft, sicher ohne Schaden verdoppelt oder verdreifacht werden können, genügen bekanntlich durchaus für die diagnostische Praxis. Eine gesetzmäßige Beziehung zwischen der Funkenlänge des Apparates und den Schädigungen scheint nicht zu bestehen. C. meint, daß vielfach eine Idiosynkrasie der Haut bei Erzeugung der Erkrankung eine hervorragende Rolle spielt. Feuchtigkeitsgehalt, elektrischer Widerstand, Blutfülle, Reaktion der Gewebsflüssigkeit etc. sind jedenfalls von großer Bedeutung. Um der Erkenntnis dieser inkonstanten die Idiosynkrasie ausmachenden Faktoren näher zu kommen, empfiehlt C. für die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen eine Einheit der Expositionszeit zu schaffen und die gesamte Bestrahlungsdauer mit dieser Einheit als Maß auszudrücken. Er schlägt als solche Einheit eine Expositionszeit von 10 Minuten bei 6 Zoll Abstand vor. Die Zeit bis zum Auftreten der krankhaften Erscheinungen schwankte in den Fällen zwischen einigen Minuten und 3 Wochen. In 2 Fällen traten erst nach 5 Monaten Erscheinungen auf. In einem Drittel der Fälle begann die Erkrankung in den ersten 4 Tagen, in der Hälfte vor dem 9. Tage.

Läwen (Leipzig).

---

14) **F. Juliusberg.** Über »kolloide Degeneration« der Haut speziell in Granulations- und Narbengewebe.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXI. p. 175.)

J. hat in einer Anzahl von Fällen eine eigentümlich gelbe Färbung von Narben und gelbe Flecke in abheilenden tertiären Syphiliden gefunden und hat den Nachweis erbringen können, daß es sich hier um eine der sog. kolloiden Degeneration gleichende Veränderung speziell des elastischen Gewebes handelt. Dem bekannten »Kolloidmilium« konnte so eine analoge Veränderung der Haut mit bekannter Ursache (Granulationsbildung resp. Vernarbung) an die Seite gestellt werden.

Jadassohn (Bern).

---

15) **K. Herxheimer** und **K. Hartmann.** Über Acrodermatitis chronica atrophicans.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXI. p. 57 u. 255.)

Unter diesem Namen beschreiben die Verff. ein Krankheitsbild, das durch Beginn mit Infiltration und langsamen Übergang in Atrophie der Haut, durch blaurote Verfärbung, durch Lokalisation besonders an den Enden der Extremitäten, am Ellbogen etc. charakterisirt ist. Die Ursache ist unbekannt. Histologisch ist zuerst

chronische Entzündung, dann Atrophie, vor allem der elastischen Fasern, nachzuweisen. Nervöse Störungen fehlen im allgemeinen. H. und K. bemühen sich nachzuweisen, daß die diffuse idiopathische Hautatrophie, die Erythromelie, die fleckige Hautatrophie mit der von ihnen beschriebenen Krankheit im Wesen identisch sind.

Jadassohn (Bern).

---

16) **Audry.** Les phlycténoses récidivantes des extrémités (acrodermatites continues de Hallopeau).

(Annal. de dermatolog. et de syphiligr. 1901. Nr. 11.)

Unter diesem neuen Namen bespricht Verf. eine Affektion der Extremitätenenden, welche bereits von Hallopeau als eine eigene Krankheitsform beschrieben worden ist. Ihre Charakteristika sind: Auftreten von mehr oder weniger großen Phlyktänen an Händen und Füßen, welche mit Abschuppung abheilen und nie ulcerieren; Degeneration und Ausfall der Nägel; mäßiger örtlicher Pruritus, zuweilen heftige Schmerzen, welche nach dem Unterarm ausstrahlen können; außerordentlich chronischer Verlauf, so daß man die Krankheit unheilbar nennen kann; Fehlen jeder allgemeinen Störung (Harn, Blut, Sensibilität u. ä.); Mutilation der Endphalangen. Neben dieser typischen Form gibt es eine abortive und bösartige (1 Fall). Verf. neigt zu der Ansicht, daß es sich um eine Neuritis bei dieser Krankheitsform handelt. **Klingmüller** (Breslau.)

---

17) **A. Neisser.** Plato's Versuche über die Herstellung und Verwendung von »Trichophytie«.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LX. p. 63.)

Dem leider der Wissenschaft zu früh entrissenen Assistenten N.'s, Dr. Plato, war es kurz vor seinem Tode gelungen, durch Filtration von längere Zeit gewachsenen Trichophytonkulturen aus Trichophytia profunda eine Substanz zu erhalten, deren sukutane Injektion bei tief infiltrierender Trichophytie eine allgemeine hoch fieberhafte Reaktion hervorrief — nicht aber bei Gesunden oder an oberflächlicher Trichophytie Leidenden. Lokal schien sich eine Steigerung der Hyperämie und eine auffallende Besserung einzustellen.

Die leider nicht zum Abschluß gelangten Experimente sind jedenfalls von hohem pathologischem Interesse.

Jadassohn (Bern).

---

18) **Geibert.** Contribution à l'étude d'une maladie des ongles des ouvriers échanneurs de peaux.

(Bull. de l'acad. royale de méd. de Belgique 1902. Nr. 6.)

Nachdem G. bereits 1896 auf obige Krankheit aufmerksam gemacht hat, beschreibt er sie jetzt genauer und gibt photographische

Abbildungen dazu. Besagte Krankheit kommt nur bei denjenigen Gerbern vor, welche an den im Wasser aufgeweichten Häuten — meist von Hasen und Kaninchen — die inneren Aponeurosen und Fleischteile teils abpräparieren, teils mit den Nägeln abkratzen. Bei ihnen setzen sich Bazillen, deren G. mehrere Arten gefunden, vorn unter die Nägel, nisten sich dort kolonienweise ein und lösen den Nagel nach und nach vom Nagelbett; der Nagel bricht auch wohl in der Mitte durch. Die Aufweichung des Nagels in dem fauligen Wasser bei der Arbeit leistet der Krankheit Vorschub. Charakteristisch ist, daß jegliche Entzündungserscheinungen fehlen. Die Arbeiter sind natürlich durch die defekten Nägel in ihrem Beruf geschädigt.

G. meint, durch Desinfektion des Wassers, in dem die Felle eingeweicht werden, könne die Krankheit verhütet werden.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

19) **P. Linser.** Über Beckenluxationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1.)

L. berichtet aus der Tübinger Klinik über einen Fall von vollständiger Verrenkung der rechten Beckenhälfte im Ileosakralgelenk und der Schambeinsymphyse. Diese äußerst seltene Verletzung — es sind bisher nur 11 Fälle berichtet worden — erhielt ein 28jähriger Bauer, und zwar durch Stoß eines Stieres, welcher ihn erst von hinten her erfaßte und auf das Pflaster schleuderte und dann ihn nochmals in die Dammgegend stieß.

Eine Linearzeichnung nach einer Röntgenaufnahme erläutert die charakteristischen Verhältnisse. Das rechte Schambein ist in die Höhe gestiegen, dagegen hat bei dem Darmbein eine Drehung um den Oberschenkelkopf stattgefunden, wobei die ganze Beckenschaufel sich nach hinten unten im Ileosakralgelenk verschob. In dieser Stellung ist die knöcherne Verwachsung eingetreten.

Seine Ausführungen über Beckenverrenkungen faßt Verf. am Schluß seiner Arbeit kurz folgendermaßen zusammen:

1) Unter Beckenluxationen haben wir nur 2 Arten zu unterscheiden, die Luxation der einen Beckenhälfte mit Lösung der Symphysis pubis und sacroiliaca und die Verrenkungen des Kreuzbeines mit oder ohne Trennung der Schambeinfuge.

2) Beide Luxationen sind sehr selten; bisher existieren je nur ca. 15 Beobachtungen.

3) Die Luxationen des Kreuzbeines sind fast immer, die der einen Beckenhälfte in nahezu der Hälfte der Fälle von tödlichem Ausgang begleitet gewesen. Sie sind häufig durch Frakturen der Beckenknochen kompliziert.

4) Die Beckenluxationen entstehen meist durch Einwirkung schwerer Gewalten direkt auf die Hinterfläche des Beckens. Für die Luxationen der einen Beckenhälfte kommt außerdem noch Fall

aufs Gesäß, auf die Füße, sowie seitliche Kompression des Beckens ätiologisch in Betracht.

5) Therapeutisch ist baldige Reposition angezeigt. Es kommen jedoch auch Fälle von spontaner Reduktion vor, welche die sonst leichte Diagnosenstellung vereiteln können. **Blauel** (Tübingen).

---

20) **L. Heusner.** Über die angeborene Hüftluxation.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Die vorliegende Arbeit verdankt ihre Entstehung den von H. in den ärztlichen Fortbildungskursen zu Barmen im Winter 1901/2 über die angeborene Hüftluxation gehaltenen Vorträgen. Die lebendige, anregende Darstellung entspricht ihrem didaktischen Zweck in vollem Maße, indem Verf. sich nicht darauf beschränkt, in gedrängter Form alles Wissenswerte zusammenzufassen, sondern an einem vielseitigen Demonstrationsmaterial das bisher Gewonnene erläutert und mit eigenen Untersuchungen und Erfahrungen vergleicht, um dadurch den Hörer resp. Leser in den Stand zu setzen, sich ein selbständiges Urteil zu bilden. In die Beschreibung von Ätiologie, Symptomatologie, pathologischer Anatomie und Therapie sind überall interessante historische Notizen eingeflochten.

J. Riedinger (Würzburg).

---

21) **K. Nieny.** Über den Knickfuß und seine Messung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Der Knickfuß entsteht nach den Ausführungen des Verf. durch Übertreibung der Pronation und Abduktion und ist die Vorstufe des Plattfußes. An dem Apparat, den Verf. beschreibt und abbildet, kann bei richtiger Einstellung des Fußes der Grad der Abweichung bequemer und sicherer als nach den bisherigen Methoden festgestellt werden. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

22) **M. van der Beek** (Amsterdam). Über die Valgustheorie Duchenne's de Boulogne.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Nach der Theorie Duchenne's ist die Ursache des Pes valgus zu suchen 1) in Verringerung der Kraft des Musculus peroneus longus, in dessen gänzlicher oder teilweiser Lähmung, 2) in Kontraktur dieses Muskels.

Diese Theorie hat, wie Verf. erläutert, bis heute noch keine richtige Beurteilung in der Literatur erfahren, obwohl sie die denkbar einfachste sei und von allen Theorien am meisten befriedige. Verf. tritt nun mit Überzeugung für dieselbe ein und verteidigt sie gegen verschiedene Angriffe unter Hinweis auf die Untersuchungen Duchenne's über die Physiologie des genannten Muskels.

J. Riedinger (Würzburg).



23) H. Bradford. Shoe deformities.

(New York med. journ. 1902. Oktober 18.)

Der Autor schildert ausführlich die mannigfachen Schädigungen des Fußes, die durch das Tragen unzweckmäßiger Schuhe bewirkt werden, indem er derartig verbildete Füße mit solchen von Kindern und barfußlaufenden Völkern (Ungarn) vergleicht. Die Freiheit der Fußbewegung beruht nicht allein in den größeren Gelenken, sondern auch in den kleineren, insbesondere im Metatarsocuneiforme-Gelenk, für Extension und Flexion der Zehen, und der mittleren Tarsalgelenke für seitliche Bewegung und Rotation. Hindernd wirken hierbei schon unnachgiebige und zu schwere Schuhe. Ein Verlust der Beweglichkeit in den Metatarsophalangeal-Gelenken wird durch Steifigkeit der Sohle hervorgebracht, weil sie die Plantarflexion verhindert und die Zehen in einer leichten Dorsalflexion erhält. Die Plantarflexion ist aber ein Akt, der sehr notwendig ist beim Rückwärtsabstoßen des Fußrückens am Ende des Schrittes. Die Kraft der hierzu nötigen Muskelbewegung ist bei den schuhtragenden Völkern herabgesetzt im Vergleiche zu den barfüßigen. Die Beschränkung der Bewegungsfreiheit in den Metatarsophalangeal-Gelenken ist noch größer, wenn die große Zehe von der normalen Linie der Fußachse nach außen davon abgedrängt ist. Die Schuhe sind nun gewöhnlich so gemacht, daß sie an der anatomisch breitesten Stelle, der Zehenreihe, am schmalsten sind, dagegen breiter am Metatarsus. Der Druck beim Gehen ist aber im Schuh größer in der Mitte als am Ende des Schuhes; dadurch kommt es, daß die große Zehe untergeschoben und bei jedem Schritte vorwärts gestoßen wird bis zu einem gewissen Grade von seitlichem Druck der Zehen nach der Mittellinie des Fußes zu. Die Kraft am Ende des Schrittes kann aber dann nicht wie richtigerweise auf das Köpfchen des 1. Metatarsalknochens wirken, sondern auf das des 2., 3. und 4. Dadurch wird eine Abflachung des Fußgewölbes bewirkt, die sich schon äußerlich vielfach durch Bildung von harten Hautstellen etc. dokumentiert; andererseits wird eine Verkrüppelung der Zehen hervorgerufen.

In dem Bestreben, das geschwächte Fußgewölbe zu unterstützen, werden allerdings auch Schuhe gemacht, die eine Stütze für dasselbe haben, aber diese stützen mehr das Cuneiforme und die Metatarsi, als den Astragalus und das Scaphoid, die beim geschwächten Fuße am meisten unterstützt werden müßten. Durch diese falsche Konstruktion der Unterstützung wird eine Atrophie der Sohlenmuskeln herbeigeführt, und da diese Muskeln Plantarflexoren der Zehen sind, kommt es zu einer Schwächung der Zehenbeugung und damit auch zur Schwächung der Abwärtsstoßbewegung.

Zur Abhilfe rät Verf. vor allem zu individualisieren: der Schuh, der im Salon allenfalls zu tragen ist, soll nicht auf der Straße getragen werden, da hier größere Anforderungen an die Fußtätigkeit gestellt werden; mehr noch ist dies nötig bei reger körperlicher Tätigkeit (Sport etc.). Die Schuhe sollen an der Innenseite gerade

und genügend lang sein, die Zehen sollen nicht an der Spitze anstoßen, sondern genügend Raum für ihre Bewegung haben; die Schuhe sollen nicht an der Fußbeuge drücken, sondern eine gewisse Bewegungsfreiheit ermöglichen. Am wichtigsten ist die Fußpflege im Kindesalter; fast übermäßig viele Abbildungen erläutern die Ausführungeu des Verf. **Scheuer** (Berlin).

24) **N. Bardescu** (Bukarest). Der therapeutische Wert der Nervenoperation bei den chronischen Ulcera cruris.

(Spitalul 1902. Nr. 18 u. 19.)

Nach kritischer Besprechung aller in der Behandlung chronischer Beingeschwüre empfohlener Methoden gelangt B. zu dem Schlusse, daß keine derselben die Sicherheit einer raschen und definitiven Heilung bietet. Derartige Resultate konnte er nur mit seiner Behandlungsmethode, bestehend in direkter Dehnung der die erkrankte Gegend versorgenden Nerven und Unterbindung der Vena saphena derselben Seite, erzielen. Die Nervendehnung soll so nahe als möglich am Geschwür gemacht werden, um gute Resultate zu erzielen. Die Venenunterbindung wird oberhalb des Knies ausgeführt. Bei 14 derart operierten Kranken ist Heilung eingetreten und kein Rezidiv zu verzeichnen gewesen. B. ist der Ansicht, daß die Dehnung einerseits direkt auf die trophischen Nervenfasern einwirkt, andererseits die gesunkene Reflextätigkeit, gemäß der Ansicht Marinescu's, wieder erweckt. **E. Toff** (Braila).

Kleinere Mitteilungen.

25) Vom XII. polnischen Chirurgenkongreß in Krakau.

Als Hauptthema stand zunächst die Frage der Behandlung tuberkulöser Halslymphome zur Diskussion.

Trzebicky (Krakau) verfügt insgesamt über 860 radikale Lymphomoperationen. Von 175 Pat. gelang es zwecks Feststellung der Dauerresultate (mindestens 3 Jahre nach der Operation) Auskunft zu erhalten. Von diesen sind 101 (= 57,7%) definitiv geheilt, 15 (= 8,5%) sind mit lokalem Rezidiv behaftet, 19 (= 10,8%) weisen Erscheinungen von Lungentuberkulose auf und 40 (= 22,8%) starben.

Vortr. bekennt sich als Anhänger der operativen Therapie. Die konservative Behandlung zieht er nur bei rein hyperplastischer Form in Betracht. Wo die Allgemeinbehandlung im Stiche läßt, oder wo jene aus äußeren Gründen (materielle Lage) nicht gut durchführbar ist, greift er zur Operation. Mit derselben soll jedenfalls nicht lange gewartet werden, da durch periadenitische Prozesse der Eingriff bedeutend erschwert wird. T. sah bisweilen nach der Exstirpation stark verwachsener Drüsen Ödeme der entsprechenden Gesichtshälfte. Technische Details erörternd, warnt Vortr. eindringlich vor einer präventiven Anlegung einer Fadenschlinge um die V. jugularis.

In der Diskussion bespricht Szuman (Thorn) die wesentlichen Bedingungen, welche die Operationstechnik zu erfüllen hat, d. i. eine gründliche und zusammenhängende Exstirpation. Vortr. verwirft die subkutane Methode Dollinger's, da dieselbe obigen Anforderungen keinenfalls entspricht.

Bogdanik (Biala) weist auf einen Zusammenhang zwischen der Bildung periglandulärer Verwachsungen und äußerer Jodverwendung hin.

Krasowski (Gorlice) nimmt gleiches von der innerlichen Jodbehandlung an.

Mieczkowski (Posen) berührt kurz die Frage des Auftretens einer allgemeinen Miliartuberkulose im Anschlusse an Lymphomoperationen.

Hordyński (Krakau) hält die Operation für aussichtslos in Fällen, wo sich neben einem größeren Konglomerate kleinere solitäre Lymphome vorfinden.

Kader (Krakau) schildert das von ihm geübte Verfahren rapiden Vorgehens direkt durch den Drüsentumor, Freilegung und Unterbindung der V. jugularis und Auspräparierung des Paketes von innen nach außen.

Oderfeld (Warschau) spricht seine Bedenken aus gegen Kader's Verfahren unter Hinweis auf die Gefahren, welche die Eröffnung tuberkulöser Herde in sich birgt.

Sołtysik (Husiatyn) rät, da Lymphomkranke eine Allgemeinnarkose sehr schlecht vertragen, letztere nach Möglichkeit in diesen Fällen einzuschränken.

Staszewski (Krakau): Die Morphologie des Blutes beim Wundheilungsprozesse.

Jeder Wundheilungsprozeß geht mit einer (vorwiegend neutrophilen) Leukocytose einher. Sie beginnt bereits 1 Stunde nach der Operation, erreicht ihr Maximum zu Ende des 1. Tages, um dann gradatim zur Norm abzusinken, die sie in unkomplizierten Fällen innerhalb des 3.—4. Tages erreicht. Längeres Anhalten der Leukocytose signalisiert eine Störung in der Wundheilung, während eine Verzögerung im Anstiege eosinophiler Zellen zur Norm (der gewöhnlich im Laufe des 2.—3. Tages erfolgt) Komplikationen außerhalb des Wundbereiches anzeigt.

Blassberg (Krakau): Über das Verhalten der weißen Blutkörperchen bei eitrigen Prozessen.

Auf Grund seiner Untersuchungen (60 Fälle) kann Vortr. im Gegensatze zu Curschmann u. a. dem Befunde hoher Leukocytenwerte bei Appendicitis die Rolle eines ausschlaggebenden Momentes in der chirurgischen Indikationsstellung nicht zuweisen.

Barącz (Lemberg): Zur Kenntnis der Aktinomykose. (Demonstration mikroskopischer Präparate).

A. Rydygier (Lemberg): Zur Kryoskopie des Harns nach Chloroformnarkosen.

Gefrierpunktsbestimmungen ergaben, daß die Chloroformnarkose auf gesunde Nieren keinen nachteiligen Einfluß ausübe. — Prussiński (Warschau) hält Untersuchungen mit dem Beckmann'schen Apparate in diesen Fällen nicht für hinlänglich zuverlässig, möchte vielmehr die Methylenblauprobe empfehlen.

Kozłowski (Drohobycz): Über ein neues Verfahren bei der Lumbalanästhesie. (Siehe d. Zentralblatt 1902 Nr. 45.)

Przybylski (Krakau): Zur Kasuistik der Medullarnarkose.

Bericht über die Erfahrungen der Kader'schen Klinik. Benutzt wurde Tropacocain. 170 Fälle; 143mal voller Erfolg, 3mal wurde keine Analgesie erreicht und 24mal hörte sie zu früh auf. Die Nebenerscheinungen waren kurzdauernd und meist leichter Natur.

Bossowski (Krakau): Über Kephalohydrokele traumatica.

Vortr. spricht sich für Inzision der Cyste mit nachfolgender Tamponade und gegen einen plastischen Verschluß der Schädellücke aus.

A. Zawadzki (Warschau) berichtet über 3 Fälle von Exstirpation des Ganglion Gasseri. Operation nach Hartley-Krause. Heilung seit 5, 3, resp. 1/2 Jahre.

Klęsk (Krakau) bespricht einen interessanten Fall von Karzinom des Schädeldaches und Zaremba (Krakau) einen Fall von intrakraniellem Cholesteatom.

Sawicki (Warschau): Zur Operation der Sattelnase.

Mitteilung über 2 Fälle mit Hinweis auf die guten kosmetischen Resultate der Israel'schen Transplantation einer Knochenspange aus der Tibia.



Herman (Lemberg): Zur Operation des Lippenkrebses.

Vortr. betont die Notwendigkeit einer prinzipiellen Ausräumung der submaxillaren Drüsengegend.

Ziembicki (Lemberg): Tödliche Blutung nach Tracheotomie.

Tracheotomia inferior wegen Sklerom bei einer 52jährigen Pat. Einlegung einer Spiralkanüle nach König. Am 5. Tage p. op. beim Verbandwechsel profuse Blutung. Tamponade erfolglos. Tod. Sektion ergibt eine Usur der dem unteren Wundwinkel anliegenden Art. anonyma.

Schramm (Lemberg): Die Behandlung der Bauchfelltuberkulose bei Kindern.

Auf Grund seiner Erfahrungen spricht Vortr. dem Werte der chirurgischen Therapie das Wort. Eine Heilung durch innere Behandlung oder Punktion ist nur selten zu erhoffen. Die Laparotomie hat ihre Berechtigung bei allen Formen der Peritonealtuberkulose. Ihre Heilwirkung erklärt S. durch die nach der Operation eintretende venöse Hyperämie. Am günstigsten stellen sich die Heilungschancen bei der exsudativen Form. Freilich muß eine beträchtliche Anzahl dieser Fälle relaparotomiert werden. Bei ascitischer und adhäsiver Form genügt eine einfache Laparotomie; bei der ulcerösen ist noch eine Drainage geboten. Vortr. hat 45 Fälle von tuberkulöser Peritonitis beobachtet und von diesen 25 intern und 20 chirurgisch behandelt. Während der Spitalsbehandlung starben 9 (=36%) nicht operierte und 2 (= 10%) operierte Fälle. In 23 Fällen wurde nach circa $1^1/_2$ Jahren das Endresultat ermittelt. Von 13 chirurgisch Behandelten genasen bezw. besserten sich 10, während 3 (= 23%) innerhalb eines Jahres gestorben sind. Von 10 nicht operierten Fällen starben 8 (=80%), während 2 zur Zeit gesund sind.

Bogdanik: Über subkutane Dickdarmrupturen nach Bauchkontusionen.

An der Hand eines selbst beobachteten Falles (48jähriger Mann; nicht operiert; Tod 14 Stunden post traumam; Sektion: Darmruptur an der Grenze von Colon descendens und Flexur) bespricht B. die einschlägigen diagnostischen Kriterien. Die Diagnose, ob eine Bauchkontusion mit Darmläsion kompliziert ist, sei oft unmöglich. Daher ist eine sofortige Laparotomie, wenn auch nur zum Zwecke der Diagnosestellung, indiziert. — Idzińnski (Saybusch) empfiehlt für die Diagnose der Perforation auf die von A. Gluziński beobachtete Verlangsamung des Pulses zu achten. — Ziembicki legt den größten Wert auf die Spannung der Bauchdecken.

Szuman: Zur Chirurgie der Gallensteine.

Vortr. wendet sich unter Zugrundelegung 18 eigener Fälle gegen eine prinzipielle Entfernung der Gallenblase ohne besondere Indikation. Die Ektomie möchte er auf Geschwürsbildung in der Gallenblase und narbigen Cysticusverschluß beschränkt wissen. Sonst will er sich mit der einzeitigen Cystostomie begnügen. Die ideale Operation zieht S. nur dann in Betracht, wenn er von der Durchgängigkeit der Gallenwege überzeugt ist.

L. Rydygier (Lemberg): Zur Gastroenterostomie.

Im allgemeinen bevorzugt R. die v. Hacker'sche Methode; nur wo diese nicht anwendbar (hintere Verwachsungen des Magens), operiert er nach Roux.

Jasiński (Lemberg) teilt ausführlich einen Fall von Pankreascyste mit, welcher mit Einnähung des Sackes in die Bauchwunde, Eröffnung und Drainage der Cystenhöhle, erfolgreich behandelt wurde.

Trzebicky berichtet über 3 (Malariahypertrophie, 1 Todesfall) unlängst von ihm vorgenommene Splenektomien. — Pomorski (Posen) erwähnt eines Falles von Milzexstirpation bei Leukämie. Bemerkenswert ist, daß der postoperative Verlauf durch heftige Darmblutungen kompliziert war. Schließlich Heilung.

Bossowski: Die Nephrektomie bei Kindern.

Bericht über 2 transperitoneale Operationen wegen Sarkom bei Kindern im Alter von $2^1/_2$ resp. $1^1/_2$ Jahren. 1 Todesfall im Anschlusse an die Operation, 1 Heilung seit 7 Monaten beobachtet.

L. Rydygier demonstriert das von einem 25jährigen Pat. durch Nephrektomie gewonnene Präparat von Grawitz'schem Tumor.

Sawicki: Zur Radikaloperation der Schenkelbrüche.

S. erzielte in 2 Fällen von großen Kruralhernien durch Verschluß der weiten Bruchpforte mittels eines Periost-Knochenlappens von der Symphyse sehr günstige Resultate. Der einzige Nachteil dieser Trendelenburg'schen Methode sei die lange Heilungsdauer.

L. Rydygier: Ein Vorschlag zur Operation der Blasenektopie.

R. empfiehlt folgendes Verfahren: Lospräparierung der Blasenränder, Eröffnung der Peritonealhöhle, Versenkung der Blase und Vernähung nach Lembert. Darüber Schluß der Bauchdecken nach vorheriger Mobilisierung der Recti durch Schnitte am Außenrande derselben und Abmeißelung ihrer Ansatzstellen am Os pubis.

Wehr (Lemberg) erörtert die Nachteile der Methode Sonnenburg's. — Rutkowski (Krakau) spricht zu Gunsten seiner Methode, einer Plastik aus dem Dünndarme, unter Vorstellung des vor 4 Jahren (s. d. Zentralblatt 1899 Nr. 16) operierten Falles.

Kryński (Warschau): Zur Behandlung der Prostatahypertrophie.

Auf Grund eingehender Studien über die Form- und Stellungsveränderungen der Blase bei Prostatahypertrophie empfahl K. im Jahre 1896 — also lange vor Goldmann — eine Fixation der vorderen Blasenwand an die vordere Bauchwand. Seither hat sich dieses Verfahren als Aushilfsoperation sehr gut bewährt.

Bossowski hält von Kryński's Methode nicht viel; jedenfalls gibt er einem direkten Angriffe auf die Prostata vor der suprapubischen Cystopexie den Vorzug.

L. Rydygier: Über Indikation zur Sectio alta.

Vortr. will selbstverständlich für die Behandlung der Blasensteine keine allgemeinen Regeln geben. Da müsse man eklektisch verfahren. Er möchte jedoch die Leistungsfähigkeit des hohen Steinschnittes mit primärer völliger Blasennaht, welcher ihm Ausgezeichnetes leistete, betonen. Ein Nachlassen der Naht erlebte er nur in ca. 4% seiner Fälle. Für gewisse Fälle (nicht zu großer, den Instrumenten zugänglicher Stein und keine hochgradige Cystitis) erkennt R. die Berechtigung der Lithotripsie voll an. — Ziembicki erklärt dagegen die Lithotripsie als Operation der Wahl.

Kostanecki (Krakau): Der Descensus testiculorum.

Vortr. bringt eine kritische Würdigung der über Ursachen und Mechanismus des Vorganges gegenwärtig herrschenden Ansichten.

A. Rydygier: Die Dauerresultate der Winkelmann'schen Radikaloperation der Hydrocele.

Von 61 Fällen hat R. über 37 bestimmte Nachrichten. 2 Residivfälle.

Trzebicky: Kasuistisches zur Behandlung der Hodentuberkulose.

T. bespricht kurz sein und weil. Obaliński's, von Berger zusammengestelltes Material. 47 Fälle. Darunter: 1 Fall nicht operiert (†), 7 partielle Exzisionen (4 †), 30 einseitige (10 †) und 9 doppelseitige Kastrationen (3 †). Bei keinem der 6 doppelt Kastrierten haben sich psychische Defekte eingestellt.

A. Zawadzki: Zur Therapie des Mastdarmvorfalles.

Vortr. rühmt die Vorteile der Einlegung eines Silberdrahtringes in den Sphincter ani. Er hat diese Thiersch'sche Methode auch bei Erwachsenen mit vollem Erfolge angewandt.

Slęk (Lemberg): Die Radikaloperation der Hämorrhoiden nach Whitehead.

Bericht über die Dauererfolge von 14 derartigen Operationen. Nach S. verdient diese Methode vor allen anderen den Vorzug. — Chlumský (Krakau) befürwortet die Methode Riedel's. — Trzebicky tritt warm für die v. Langenbeck'sche Methode ein. Unter 800 Operationen hat er nur 1 Todesfall zu beklagen gehabt. — Im ähnlichen Sinne äußert sich über diese Methode Wachtel (Krakau) auf Grund von 200 Fällen.

Sołowij (Lemberg): Die Therapie des Uteruskarzinoms.

Vortr. bringt ein kurzes Referat über den gegenwärtigen Stand dieser Frage. — In der Debatte beleuchten Ziembicki, Doliński (Przemyśl) und Woiciechowski (Krakau) das Für und Wider des Klammerverfahrens und besprechen technische Details desselben.

Kader demonstriert zunächst einen Fall von kongenitaler Kontraktur der Vorderarmbeuger, geheilt durch Sehnenplastiken; ferner ein 16jähriges Mädchen mit gelungener unblutiger Reposition einer angeborenen Hüftluxation. — Bezüglich des letzteren Falles kann L. Rydygier der Behauptung Kader's nicht beistimmen. Er glaubt vielmehr eine Transposition vor sich zu haben, bei der übrigens das funktionelle Resultat auch ein gutes sein kann. Die von Kader vorgelegten Skiagramme seien wenig überzeugend. — Chlumský sah eine wirkliche anatomische Reposition bei v. Mikulicz in 75% und bei Hoffa in ca. 50% der Fälle gelingen.

Frommer (Krakau): Zur Technik der Amputation.

Vortr. wägt die Vorteile der Methode Bier's gegenüber anderen Methoden ab.

Sawicki: Zur Plastik bei Defekten der Tibia.

S. hat in 3 Fällen die Höhle nach Osteomyelitis mit einem von der Umgebung (M. gastrocnemius) genommenen gestielten Muskellappen ausgefüllt, wie dies ähnlich seinerzeit af Schultén für Femurdefekte in Vorschlag brachte.

R. Urbanik (Krakau).

---

26) F. Kuhn (Kassel). Zur Extension.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 41.)

K. beschreibt Extensionsvorrichtungen, die sich in verschiedener Variation überall anbringen lassen und billig zu beschaffen sind. Das Instrumentarium besteht aus einem kleinen Schraubstock aus Eisen von rechteckiger oder polygonaler Form mit einer Schraube und mehreren Löchern, in welche die Gewinde der anzuschraubenden Rollen passen. Die »Rollklammern« können einzeln oder miteinander verkoppelt verwendet werden, wodurch die Leistungsfähigkeit des Apparates gesteigert wird. Zahlreiche Abbildungen mit erläuterndem Text veranschaulichen die mannigfaltigen Verwendungsarten dieser Extensionsvorrichtung.

Kramer (Glogau).

27) A. M. Orlowski. Zur Kasuistik seltener chirurgischer Komplikationen der Influenza.

(Chirurgie 1902. August. [Russisch.])

Eine 30 Jahre alte Musiklehrerin erkrankte an Influenza. Noch nicht völlig geheilt, spielte Pat. lange Klavier, wobei viel mit dem Pedal gearbeitet werden mußte. Darauf entwickelte sich das Bild einer Phlegmone des Oberschenkels, die höher stieg und rasch 8 Finger über das Poupart'sche Band reichte. Ausgangspunkt — eine alte Narbe nach Drüsenexzision. Haut über der Schwellung cyanotisch. Schnitt über dem Leistenbande durch Haut und Aponeurose des M. obl. ext. Auffallend war die leichte Trennung der Gewebe mit Hilfe des Fingers in der Tiefe. Fluktuation über dem Leistenbande, Probepunktion gibt nur Blut. Verband. Nach 4 Stunden platzte die Geschwulst; es zeigte sich ein kindskopfgroßes Hämatom. Tamponade. Bauchfell unversehrt, nach oben gedrängt. Die ganze, den Hohlraum deckende Gewebsschicht wurde nekrotisch, und nach ein paar Tagen trat Tod ein. Es handelte sich also um toxische Nekrose (Phlebitis) der Vena femoralis oder iliaca communis mit Hämatombildung und nachfolgender Nekrose.

Gückel (Kondal, Saratow).

28) O. Salomon. Über sklerodermieartige Hautveränderung nach Röntgenbestrahlung.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. LX. p. 263.)

In dem von dem Verf. mitgeteilten Fall war durch eine allerdings nach neueren Begriffen viel zu energische und viel zu lange fortgesetzte Röntgen-

behandlung eines Lupus neben schwer heilenden Ulcerationen eine sklerodermieähnliche Veränderung der Haut entstanden; außerdem hatte das Seh- und Hörvermögen wesentlich gelitten. Der Fall mit diesen wirklich schwersten Veränderungen mahnt jedenfalls zur Vorsicht bei der Röntgentherapie.

Jadassohn (Bern).

29) **Dubreuilh et Le Strat.** Lichen plan palmaire et plantaire.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 209.)

Verff. teilen 3 Fälle eigener Beobachtung von Lichen ruber planus mit Beteiligung der Flachhände und Fußsohlen mit und fügen noch 2 andere aus der französischen und 4 aus der englischen Literatur hinzu, um das klinische Bild zu schildern und die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zu erörtern. Als besonders bemerkenswert heben Verff. hervor, daß es ihnen unmöglich erscheint, die Diagnose zu stellen, wenn es sich um eine isolierte Erkrankung der Handteller und Fußsohlen handelt; die Ähnlichkeit dieser Krankheit an diesen Stellen mit Syphiliden sei sehr groß. **Klingmüller** (Breslau).

30) **W. Harttung** und **A. Alexander.** Zur Klinik und Histologie des Erythème induré Bazin.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. LX. p. 39.)

Das Erythème induré Bazin's ist in Deutschland noch sehr wenig beachtet. Es besteht aus chronischen, derben, subkutanen Knoten besonders an den Unterschenkeln skrofulöser Individuen — gelegentlich mit Neigung zu Erweichung und Ulceration. In letzter Zeit hat man diese Affektion teils als »Tuberkulid« (tuberkulotoxische Erkrankung), teils als embolische Tuberkulose aufgefaßt. In dem von dem Verf. veröffentlichten Falle bildeten sich große schmerzlose, zum Teil sehr tiefe Geschwülste an oberen und unteren Extremitäten bei einem an Lungentuberkulose leidenden und später an Wirbelkaries, spinaler Meningitis etc. zugrunde gehenden Manne. Die histologische Untersuchung lehrte, daß es sich um eine wirkliche Tuberkulose im Unterhautzellgewebe handelte, obgleich die Tierversuche ein negatives Resultat ergeben hatten. **Jadassohn** (Bern).

31) **Du Castel.** Ulcère bulleux récidivant des membres inférieurs.

(Annal. de dermat. et de syph. 1902. p. 32.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von oberflächlichen Ulcerationen an den Unterschenkeln, welche aus Blasen entstanden sind, oberflächlich liegen, stark vaskularisiert sind und schnell vernarben. Während der Verheilung schießen neue Eruptionen auf, in der Umgebung Blasen und auf der Ulceration rundliche, diphtheroide Stellen von gleicher Größe wie die Blasen. Verf. schließt Syphilis, Tuberkulose, variköses Ulcus aus und glaubt, daß trophische Störungen in der Haut die Ursache dieser Affektion sind. **Klingmüller** (Breslau).

32) **H. Herrmann.** Eine eigentümliche mit Hyperidrosis einhergehende entzündliche Dermatose an der Nase jugendlicher Individuen.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. LX. p. 77.)

Die von mir mit dem Namen »Granulosis rubra nasi« bezeichnete eigenartige Hautkrankheit an der Nase von Kindern, die sich in kleinen roten Knötchen, gelegentlich mit Bläschen und Pusteln, meist mit Hyperidrosis kundgibt, ist von H. in 9 Fällen beobachtet worden. Auch er hält sie für ein ganz eigenartiges Krankheitsbild, trotzdem er die von mit konstatierten histologischen Veränderungen um die Schweißdrüsenausführungsgänge nicht finden konnte. Er glaubt, daß die Affektion bei Kindern vorkommt, welche der ärmeren Bevölkerungsklasse angehören (ich kenne aber auch Fälle aus den wohlhabenden Ständen), und daß die meisten dieser Kinder in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben sind.

Jadassohn (Bern).



33) Gaucher und Crouzon. Naevus verruqueux zoniforme du thorax et du membre supérieur droit.

(Annal. de dermat. et de syph. 1902. p. 50.)

Die Verff. stellten in der Soc. de dermat. et syph. ein 7jähriges Mädchen vor, bei welchem sich erst im 5. Lebensjahre nach Applikation eines Medikaments (papier Vlinsi) ein Naevus entwickelte, welcher sich über Brust, Schulter und den ganzen Arm erstreckte. Hallopeau citiert einen Fall, wo ein Naevus erst im 18. Lebensjahre auftrat, und Besnier bemerkt, daß sie sich sogar noch später entwickeln können. **Klingmüller** (Breslau).

34) R. Ledermann. Über Bromocollresorbin.

(Fortschritte der Medizin 1902. Nr. 14.)

Verf. hat das Bromocollresorbin in der 20%ig fabrikmäßig dargestellten Salbenform beim nervösen, lokalen und universellen Pruritus, sowie bei einer weiteren Anzahl von mit Jucken verbundenen Hautaffektionen erfolgreich angewandt.

Das Bromocoll ist eine Dibromtanninleimverbindung, die in der Haut wahrscheinlich in ihre wirksamen Komponenten zerlegt wird und so in statu nascendi wirkt. **Kronacher** (München).

35) O. v. Wartburg. Über Spontangangrän der Extremitäten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 3.)

v. W. gibt eine Bearbeitung der in den letzten 20 Jahren in der chirurgischen Klinik zu Zürich und in der Privatpraxis des Herrn Prof. Krönlein zur Beobachtung gekommenen 52 Fälle von Spontangangrän der Extremitäten. Im ersten Abschnitte sind 4 Fälle von Extremitätenbrand infolge embolischen Verschlusses der größeren Gefäßstämme der Glieder erwähnt.

Der zweite Abschnitt befaßt sich mit den Fällen, welche die Entstehung der Gangrän einer Thrombose von Arterien oder einer obliterierenden Entzündung ihrer Häute verdanken. Hierher gehören 2 Beobachtungen von Spontangangrän bei Infektionskrankheiten und 3 weitere durch Endarteriitis obliterans. Den Hauptanteil nehmen aber die sogenannte Gangraena senilis und der Gliederbrand der Diabetiker.

Bei ausführlicher Wiedergabe der Krankengeschichten und unter eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Literatur gibt Verf. ein zusammenfassendes Bild jeder dieser Gruppen. **Blauel** (Tübingen).

36) R. Schwarz (Padua). Disarticolazione interscapolo toracica per osteosarcoma.

(Rivista veneta di scienze med. Venezia 1902. Juni.)

An einer 41jährigen Frau, welcher Verf. 10 Monate vorher wegen eines myelogenen Sarkoms den Kopf des linken Oberarmes reseziert hatte, führte er behufs Exstirpation des lokalen Rezidives die Berger'sche Amputatio interscapolothoracico in ziemlich typischer Weise aus. 3 Jahre nach dieser Operation war die Frau noch vollkommen gesund. **A. Most** (Breslau).

37) N. W. Ssinjuschin. Ein Fall von Resektion des Plexus brachialis.

(Med. obosrenje 1902. Nr. 18.)

In der Literatur ist nur ein Fall von Thorburn 1900 im Brit. med. journ. beschrieben. Im Falle S.'s erlitt Pat. ein schweres Trauma vor 7 Monaten: ein Baum fiel ihm hinten auf die Schulter. Darauf entstand eine Lähmung der rechten oberen Extremität; man fand Affektion aller Wurzeln des Plexus brachialis, wobei die Zweige zum M. pectoralis, supraspinatus und zu den übrigen Muskeln des Schultergürtels erhalten waren. Resektion der 3 Stämme des Plexus brachialis (Prof. Bobrow). Schnitt vom Rande des M. sterno-cleido-mast. 10 cm vom Wurmfortsatz beginnend, zur Axilla, 10—12 cm lang. Das Schlüsselbein wird etwas

nach innen von der Mitte durchsägt, der M. subclavius durchschnitten und nun stumpf der Plexus bloßgelegt. Man fand fibröse Degeneration der Stämme. 1 Jahr nach der Operation hatte sich der Zustand ein wenig gebessert; Verf. hofft, daß die Besserung noch mehr fortschreiten wird.

Gückel (Kondal, Saratow).

38) Gersuny. Resektion des Humerus wegen Sarkom.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Sitzung vom 18. April 1902.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 17.)

G. stellt einen Pat. vor, an dem er vor einem Jahre wegen eines nach Trauma entstandenen Sarkoms $^2/_3$ des Humerus resezierte, so daß nur das untere Drittel in Länge von etwa 10 cm zurückblieb. Die Vorstellung geschieht zu dem Zwecke, die verhältnismäßig gute Brauchbarkeit der Extremität zu zeigen, die Vortr. als Folge seines Operationsverfahrens betrachtet. G. führt aus, daß man bei der Oberarmresektion je nach der Stelle des Knochenquerschnittes in verschiedener Weise für die Funktion vorsorgen könne. Nach der Resektion im Collum chirurgicum würde die Verlegung der Ansatzpunkte des M. deltoides, pectoralis major und latissimus dorsi an eine entsprechend tiefere Stelle des Schaftes günstige Folgen erwarten lassen. Nach Resektionen etwa bis zur Mitte des Knochens sollte man dessen Sägefläche am axillaren Rande oder am unteren Winkel des Schulterblattes befestigen und könnte sowohl von einer knöchernen als auch von einer artikulierten Verbindung eine gute Gebrauchsfähigkeit erwarten.

Bei der Resektion unterhalb der Mitte, wie im vorliegenden Falle, würde eine Verwachsung des Oberarmes mit dem Thorax in der ganzen Ausdehnung, in welcher ersterer herabhängend demselben anliegt, Erfolg versprechen. Es wurde hier nach der Resektion der M. deltoides mit dem M. biceps brachii vernäht, dann wurden am Brustkorb und der Innenseite des Oberarmes zwei lange korrespondierende Hautschnitte gemacht, die in der Achselhöhle ineinander übergingen; diese Schnitte wurden klaffend gemacht, der M. triceps brachii durch Nähte am Thorax angeheftet; zuletzt wurden die vorderen und die hinteren Wundränder der beiden langen Schnittwunden miteinander vernäht.

Der Erfolg der Operation ist der, daß die Extremität mit großer Kraft gebraucht werden kann. Der Vorderarm kann höher als bis zur Horizontalen erhoben werden, dabei stemmt sich der Humerusquerschnitt an die Thoraxwand. Das Röntgenbild zeigt an dieser Stelle der Thoraxwand eine etwas konkave, dichte Auflagerung, eine Art von Gelenkpfanne.

Der gleiche oder ein analoger Eingriff würde auch bei totaler Exstirpation des Humerus eine gut verwendbare Extremität gewährleisten.

Hübener (Dresden).

39) Pupovac. Zur Technik der Nearthrosenbildung bei ankylosierten Gelenken.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 34.)

Auf Grund der bekannten Chlumský'schen Versuche, durch Zwischenlegen von Magnaliumplättchen die knöcherne Wiedervereinigung bei Gelenkresektionen zu verhindern, verwandte P. bei einer 24jährigen Pat. mit völliger Ankylose des Ellbogengelenks auf gonorrhoischer Basis dieses bislang nur an Tieren erprobte Verfahren.

Esmarch'sche Blutleere. Skelettierung der Ellbogengelenkskörper von einem Längsschnitte am radialen Rande der Tricepssehne. Humerus und Ulna waren knöchern, Radius und Humerus bindegewebig verbunden. Mit feinem Meißel wurde zu beiden Seiten des Olecranon die knöcherne Verbindung mit dem Humerus getrennt und der Rest durch gewaltsame Beugung gelöst. Glättung der rauhen Stellen mit dem Knochenmesser und Überkleidung der Trochlea, der Eminentia capitata und der Fossa semilunaris ulnae mit 0,2 mm dickem Magnaliumblech, das vorher an dem entsprechenden Gelenke eines Skeletts zurechtgeschnitten

war. Durch Bohrlöcher im Blech wurden die Plättchen mit Katgut an die Gelenkkörper befestigt. Fixation in rechtwinkliger Armschiene.

Nach 22 Tagen Beginn passiver Bewegungen. Wegen zu großer Schmerzhaftigkeit derselben Winkelschiene mit Scharnier und Variation der Stellung durch elastischen Zug. $1\frac{1}{2}$ Monat darauf aktive Beugung bis 79°, Streckung bis 100°. Pro- und Supination nur gering. Pat. entzog sich der Behandlung und wies 8 Monate nach der Operation denselben Zustand auf. Brisement forcé. Nachbehandlung durch Erkrankung der Pat. und dadurch bedingtes Wegbleiben nicht ausgeführt. Status wie früher, mit dem Pat. zufrieden ist.

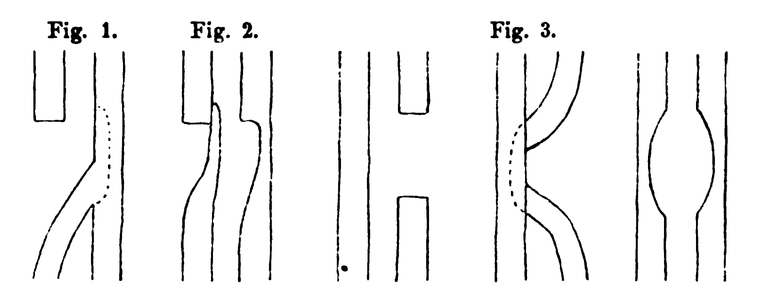
Hübener (Dresden).

40) J. Hertle. Über eine neue Methode zum plastischen Ersatz von Sehnendefekten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 392.)

H., Assistent der Grazer Klinik, fand bei Operation einer veralteten Sehnenverletzung des Extensor pollicis long. eine Verwachsung des peripheren Sehnenstumpfes mit der Sehne des Extensor radialis long. (Fig. 1).

Diese Verwachsung bestehen lassend, spaltete er von der Radialissehne ein Längsfragment ab, genügend zu bequemer Vernähung mit dem zentralen Sehnenstumpf des Extensor pollicis (Fig. 2).


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

Erzielung eines vollkommenen Erfolges. Verf. empfiehlt die Methode. die allerdings nur bei Verfügbarkeit über der verletzten parallele gesunde Nebensehnen möglich ist, auch wo die Verwachsung der verletzten Sehnenstümpfe mit der gesunden Nachbarsehne fehlt und also erst künstlich in einer vorbereitenden Operationssitzung herbeizuführen ist. Schema (Fig. 3).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

41) Berdach und Herzog. Ein Fall von traumatischer, isolierter Luxation des Metacarpus indicis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 37.)

22jähriger Bergmann erlitt die Verletzung auf folgende Weise:

Um einen 800 kg schweren Hund, der mit den Hinterrädern aus dem Geleise gesprungen war, wieder hineinzubringen, legte Pat. eine Eisenstange auf die linke Schulter, die er mit der linken Hand umfaßt hielt. Um eine größere Kraft anzuwenden, legte er die Vola der rechten Hand auf die Schiene und stemmte dieselbe nahe den Metakarpen in der Weise an die Schiene an, daß die Köpfchen derselben ohne jede Unterlage in der Luft schwebten. Als der Hund ca. 10 cm gehoben war, glitt die Eisenstange aus und fiel mit dem daraufliegenden Hunde auf die Dorsalfläche des Köpfchens des zweiten Metacarpus. (An dieser Stelle Weichteilquetschung.)

Von Fraktur nirgends etwas nachzuweisen; keine Röntgenuntersuchung. Einrichtung gelang unblutig. Dorsalschiene auf die gestreckte Hand. Völlige Gebrauchsfähigkeit der verletzten Hand nach 8 Tagen. **Hübener** (Dresden).

42) **L. Bobbio** (Turin). Un caso di estirpazione di aneurisma inguinale.

(Clinica chirurgica 1901. Nr. 9.)

45jähriger Mann, hereditär-luetisch, fiel vor 2 Jahren auf das rechte Knie, fühlt seither Schmerzen in der linken Leistenbeuge; allmählich bildet sich dort eine sehr schmerzhafte Schwellung von Eigröße aus, welche deutlich pulsiert, nach oben bis ans Lig. Pouparti reicht und sich spindelförmig nach unten verliert, beim genauen Abtasten aber oberhalb des Bandes mit einer zweiten, nußgroßen Geschwulst zusammenhängt. Exstirpation des Aneurysma und des oberen Knotens, der eine fest verwachsene Lymphdrüse ist, nach doppelter Unterbindung der Iliaca externa, einfacher der Epigastrica und Circumflexa ilei, doppelter der Femoralis, einfacher der Profunda. Heilung ohne Zwischenfall. **J. Sternberg** (Wien).

43) **Geraud.** Anévrisme de la fémorale profonde.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXVII. ann. T. IV. Nr. 5.)

Bei einem 47jährigen, herzleidenden Manne hatte sich unter plötzlichem Schmerze im ruhigen Sitzen eine Schwellung im rechten Oberschenkel gebildet. Dieser war bretthart, von konischer Form, während der Unterschenkel normale Verhältnisse darbot. Die Artt. tibiales pulsierten. Nach einigen Tagen stellte sich Fieber ein mit scheinbar periodischen Exacerbationen; unter plötzlich einsetzenden Erscheinungen schwerer Dyspnoë starb der Kranke.

Bei der Autopsie stellte sich heraus, daß der große Bluterguß, der im wesentlichen der Richtung der Gefäßscheide folgte und Rect. femor. und Sartor. nach oben abgehoben hatte, von einem ca. 3 cm langen, 9 mm breiten Aneurysma der Profunda femoris ausging, welches spontan geplatzt war.

Außer den Fällen von Erichsen und Bryant hat G. keinen gefunden.

Christel (Metz).

44) **Debersaques.** Sarcome englobant le nerf sciatique; résection étendue du nerf; neurorraphie; guérison.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1902. Nr. 4.)

Bei einem 48jährigen Manne hatte sich am rechten Oberschenkel zwischen M. biceps und M. semitendinosus ein kindskopfgroßes Sarkom entwickelt, das streckenweise mit dem N. ischiadicus verwachsen war. Die Geschwulst wurde exstirpiert und 12 cm aus der Kontinuität des Nerven reseziert. Die Nervenstümpfe vereinigte D. analog der Plastik bei Sehnendefekten. Er legte 7 cm vor jedem Stumpfende einen Querschnitt durch den halben Nerven, klappte die beiden Lappen um und befestigte sie durch 3 Chromkatgutnähte miteinander. Sensibilitätsstörungen traten an der Außenseite des Unterschenkels und am Fußrücken (N. peroneus superficialis) auf. Doch fanden sich schon nach 6 Tagen wieder normale Verhältnisse. Eine leichte Parese der vom N. peroneus superficialis und profundus versorgten Muskeln an der Vorder- und Außenseite des Unterschenkels blieb bestehen.

Das Sarkom war wahrscheinlich vom Perineurium des Nerven ausgegangen.

Läwen (Leipzig).

45) **V. Martin.** Über paralytische Luxationen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Verf. beschreibt ausführlich 2 Fälle von Luxatio femoris infrapubica paralytica aus dem Kinderspitale in Basel (Prof. Hagenbach).

1) Knabe. Lähmung seit 5 Jahren. Adduktion, Flexion und Extention aktiv und passiv behindert. Quadriceps, Gastrocnemius und Soleus ebenfalls paretisch. Operation nach Karewsky: 12 cm langer Schnitt von der Spina ant. sup. abwärts am medialen Rande des Tensor fasciae, quere Durchtrennung des degenerierten Rectus femoris und Sartorius, Seitwärtsschiebung des Ileopsoas und Vastus ext., Eröffnung der Gelenkkapsel und Durchtrennung eines Teiles des Lig. ileo-femorale, Abhebelung der Muskulatur vom Trochanter major (der Außenrotatoren und Ab-

duktoren) und Durchtrennung der Sehne des Glutaeus max., bis genügende Adduktions- und Innenrotationsbewegung im Hüftgelenke ermöglicht wird; schließlich Wundversorgung, Naht und Gipsverband in möglichst normaler Stellung. Der spätere Erfolg bestand in Beseitigung der Adduktionskontraktur. Auch aktive Adduktionsbewegungen waren möglich.

2) 10 Wochen alter Knabe. Lähmung seit 4 Wochen. Deutliche Luxationsstellung. Repositionsversuche erfolglos. Reduktion der Verrenkung durch Extensionsverbände, Gymnastik, Massage etc. Behandlung des Pes equinus.

Außerdem erwähnt Verf. ein Kind mit paralytischer Verrenkung des linken Oberarmes nach vorn. Auch aus der Literatur werden einige Fälle von paralytischer Luxation an verschiedenen Gelenken angeführt.

J. Riedinger (Würzburg).

46) **W. Manninger.** Über die Enderfolge der operativen Behandlung bei Coxitis tuberculosa.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 1.)

Die Arbeit bespricht 44 operirte Coxitisfälle der Kocher'schen Klinik aus den Jahren 1887—1900, berücksichtigt aber in ihren allgemeineren Ausführungen auch ältere Statistiken derselben Klinik (1872—1887), sowie solche anderer Chirurgen. In den bearbeiteten Fällen begann die Krankheit im I. Lebensdecennium in 73%, im II. in 21,6%, im III. in 5,4%; das männliche Geschlecht war in 61,5%, das weibliche in 38,5% betroffen. Für die starke Bevorzugung des I. Lebensdecenniums durch die Krankheit ist M. geneigt, den Gehakt als ätiologisch wichtig anzusehen, da die mit ihm verbundene Belastung gleichsam als eine Art Trauma auf das Gelenk wirkt. Anatomisch fand sich bei den Operationen ein primärer Knochenherd in 50% der Fälle, und zwar seinem Sitze nach in abnehmender Häufigkeit in der Pfanne, dem Kopfe, dem Halse, in Pfanne und Kopf. In den früheren Statistiken aus Kocher's Klinik war die Prozentzahl der primären Knochenherde größer, nämlich 74 bezw. 70%. Sequesterbildungen fanden sich in 22,7%. Dem entgegen hat Riedel bekanntlich angenommen, daß sich in ca. 70% tuberkulöse Sequester fänden. Zur Erklärung der geringen Sequesterzahl bei Kocher betont M., daß die Kocher'schen Fälle durchschnittlich erst nach 2³/₄jähriger Krankheitsdauer operiert wurden, und daß während des vermutlich die ursprünglich vorhanden gewesenen Sequester durch die Granulationen aufgezehrt seien. Bei den pathologischen Veränderungen der Synovialis war die granulöse Form die häufigste (in 50% beobachtet, während in 24% die fungös-eitrige notiert und in 15% gar nichts hierüber bemerkt ist).

Betreffs der Operationstechnik wurde durchgehends der hier als bekannt vorausgesetzte Kocher'sche Schnitt benutzt. Stets sorgsame Exstirpation der fungösen Weichteile, während am Knochen tunlichst gespart und nur das wirklich Kranke geopfert wurde, höchstens daß, falls nach Resektion des Halses der große Trochanter ein Abduktionshindernis bildete, auch von diesem ein entsprechendes Stück abgenommen wurde. Wundversorgung wechselnd, je nach Umständen primäre oder sekundäre Naht oder völlig offene Wundbehandlung. Nachbehandlung: wochenlange Extension in abduzierter Stellung. Die Wundheilung trat per I in 61,3%, per II in 22,7% der Fälle ein, in 16% fehlt diesbezügliche Notiz. Die Spitalentlassung der Kranken fand durchschnittlich 102 Tage nach der Operation statt. Sie konnten dann mit Stock oder Krücken gehen. Zur Feststellung der Endresultate sind 41 Fälle brauchbar, vom Verf. größtenteils selbst nachuntersucht, auch wohl skiagraphiert. Von diesen Fällen sind gut ohne Fisteln geheilt 16 = 41,02%, geheilt nach Fisteleiterung oder Nachoperation 7 = 17,07%, gutes Allgemeinbefinden trotz ab und zu vorhandener leichter Fisteleiterung zeigen 4 = 9,75%; Summa »gutes Resultat« in 65,84%. Es besteht profuse Eiterung oder schlechtes Allgemeinbefinden bei 5 Behandelten = 11,195%, gestorben sind 9 = 21,95%; Summa »schlechtes Resultat« 34,15%. Von den Todesfällen erfolgte einer an Operationsfolgen, und zwar an Fettembolie der Lungen 16 Tage nach der Operation. 2 Pat. † an Meningitis 3 und 4 Monate nach der Operation, 1 an Miliar-



tuberkulose 5 Monate danach, 4 Kranke 1—10 Jahre nach der Operation, so daß letztere keinenfalls mehr mit dem Tode in Zusammenhang gebracht werden kann, an verschiedenen Krankheiten. Der Allgemeinzustand der ausgeheilten Kranken ist meist ein recht guter, ihr Aussehen ein blühendes, auch ihr Lungenbefund normal, Tatsachen, die auch in den Statistiken anderer Anstalten hervortreten und wohl damit zusammenhängen, daß die Coxitis häufig die einzige tuberkulöse Affektion ihres Trägers darstellt. Ungleich günstiger sind die funktionellen Ergebnisse, da Beinverkürzung und häufig nachfolgende Kontrakturen Hinken verschiedenen Grades bewirken. Auch die Atrophie der Muskulatur und ungenügendes Knochenwachstum der kranken Seite kommen in Betracht. Letzteres ist namentlich durch Röntgenbilder nachweisbar, die insbesondere auch ein Kleinerbleiben der betr. Beckenhälfte ersehen lassen. Dessenungeachtet war aber feststellbar, daß fast alle Kranken gut ihrer Arbeit nachkommen können.

Aus dem Vergleiche mit anderen Statistiken folgert M., daß für die Hüftresektion der Prozentsatz der Dauerheilung von 34% während der vorantiseptischen und antiseptischen Zeit sich für die aseptische Zeit auf 65,8% gehoben, und daß die Gesamtsterblichkeit der Operation sich von 54,31% auf 17,4% gemindert hat. Er vergleicht mit diesen Resultaten der operativen Behandlung die der modernen konservativ-orthopädischen Behandlung, die bekanntlich in letzter Zeit die Resektion vielerorts verdrängte. M. findet für dieselbe bei eitrigen Fällen 27,1% Heilung und 48,8% Sterblichkeit, bei nicht eitrigen Fällen 74,2% Heilung und 16,5% Mortalität. Danach gibt die Operation für eitrige Fälle entschieden bessere und für nicht eitrige Fälle nicht viel schlechtere Resultate als die konservative Behandlung. Bei Erörterung der Operations-Indikationsfrage schlägt M. vor, die konservative Behandlung mehr bei besser situierten Pat. anzuwenden, bei denen Zeit und das für die nötigen Bandagen so erforderliche Geld weniger in Frage kommt, dagegen bei ärmeren Kranken frühzeitiger zu resezieren. Fälle mit Spontanverrenkungen bezw. Pfannenwanderung und fistulösen Prozessen sind stets zu resezieren.

Zu erwähnen ist noch, daß die Röntgenuntersuchung tuberkulöser Hüften vor und nach der Resektion eingehend erörtert wird (cf. Original), und daß zur Verdeutlichung der Beschreibung 12 Aufnahmen vorliegen, die indes nur zum kleineren Teile nach Wunsch ausgefallen sind. Die Durchsicht der in Tabellenform mitgeteilten Krankengeschichten sowie des zum Schluß beigefügten, fast 2 Seiten einnehmenden Literaturverzeichnisses ist recht instruktiv.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

47) **Magnus.** Der operative Ersatz des gelähmten Quadriceps femoris. (Aus der orthopäd. Heilanstalt des Dr. A. Schanz in Dresden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 41.)

M. berichtet über 4 von Schanz mit bestem Erfolge operierte Fälle von Ersatz des gelähmten Quadriceps. Die angewandte Methode war folgender Art: 15 cm langer Hautschnitt an der Vorderseite des Oberschenkels in der Medianlinie vom oberen Rande der Kniescheibe nach oben und ebensolcher Schnitt an der Hinterseite durch die Mitte der Kniekehle nach oben bis zur Mitte des Oberschenkels; Freilegung des M. sartorius und M. biceps (im 4. Falle des M. tensor fasciae), Abtrennung von ihrer Insertion, Isolierung bis auf ca. 1/3 ihrer Länge, Hindurchführung derselben nach vorn durch mittels Elevatorium vom vorderen Schnitt aus außen und innen gebildetem Schlitze. Die freien Enden werden sodann in Spalten, die am Ansatze der Quadricepssehne an der Kniescheibe hergestellt werden, hindurchgezogen, und unter straffem Anziehen so zurückgeschlagen, daß je eine Schlinge gebildet wird, welche durch Silber- oder Aluminiumbronzenähte fixiert wird; Hautnaht etc., Gipsverband um Bein und Becken. — Die betr. Kinder durften nach 3 Wochen in letzterem Verbande umhergehen, der nach weiteren 3 Wochen entfernt wurde; danach Massage, gymnastische Übungen. Sehr gute aktive Streckfähigkeit des Beines in allen 4 Fällen. **Kramer** (Glogau).

48) O. Vulpius. Zur Sehnenüberpflanzung bei spinaler Kinderlähmung.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. XXII.)

Verf. berichtet über 2 Pat., welche er auf dem letzten Kongresse der südwestdeutschen Neurologen in Baden-Baden vorstellte.

1) 9 Jahre alter Knabe. Lähmung des Quadriceps und Biceps femoris. Verpflanzung des Semimembranosus auf die Quadricepssehne und die Kniescheibe. Nach 3 Wochen suprakondyläre Osteotomie wegen Genu valgum, welches sich trotz Lähmung des lateralen Muskels ausgebildet hatte.

2) $6^1/_2$ Jahre alter Knabe. Lähmung beider Beine mit starken Kontrakturen. Operationen am linken Beine: Plastische Verlängerung der Achillessehne und Überpflanzung des Extensor hallucis auf die Sehne des gelähmten Tibialis anticus, sowie des Peroneus longus auf den Extensor digitorum links; Arthrodese am Kniegelenke und Verlagerung des Biceps nach vorn an die Tibia; Durchschneidung des Rektus, Tensor fasciae und Sartorius und subtrochantere Osteotomie.

Operationen am rechten Beine: Behandlung der Kontrakturen des Sprung- und Hüftgelenkes wie links; Verpflanzung des Biceps, Semitendinosus, Semimembranosus und Sartorius nach vorn an den medialen und lateralen Rand der Kniescheibe.

Der Erfolg war in beiden Fällen ein guter. **J. Riedinger** (Würzburg).

49) O. Schmidt. Ein Fall von kongenitalem Defekt der Fibula rechts, verbunden mit kongenitaler Luxation des Talus links.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Der Fall betrifft einen 6 Jahre alten Knaben, der in der Privatklinik von Köhler in Zwickau beobachtet und operiert wurde. Am rechten Beine fand sich eine leichte Beugestellung im Kniegelenke, Verkürzung und Atrophie der ganzen Extremität, Defekt der Fibula, extreme Pes valgus-Stellung, Defekt und mangelhafte Entwicklung von Fußwurzelknochen (Randdefekt), ferner Hallux varus. Links war nachzuweisen Genu valgum, unvollständige Ossifikation der Fibula im oberen Abschnitte, Verrenkung des Talus nach innen bei starker Pronationsstellung des Fußes, Defekt von Tarsal- und lateralen Metatarsalknochen und Zehen, sowie Schwimmhautbildung. An der rechten Hand fehlt der 4. Finger mit Metakarpus; der 2. und 3. Finger sind verwachsen. Das Kind zeigte außerdem Zeichen von Rachitis.

Am rechten Fuße wurde die Varusstellung des Hallux durch Resektion im Grundgelenke, manuelle Redression und Anlegung eines Gipsverbandes beseitigt. Am linken Fuße wurde die Achillessehne tenotomiert und nach manueller Redression der Plattfußstellung ebenfalls ein Gipsverband angelegt. Auch die Syndaktylie wurde operiert. Der Erfolg war überall ein guter.

Ätiologisch wurden Druckeinwirkung im Fötalleben und sekundäre Störung der ganzen Knochenentwicklung in Betracht gezogen.

J. Riedinger (Würzburg).

50) R. J. Wenglowski. Über die Operation von Wladimirow-Mikulicz.

(Chirurgie 1902. Juli. [Russisch.])

3 Fälle, alle mit gutem funktionellem Resultat, obgleich keine knöcherne Vereinigung eintrat, wie die Röntgenbilder zeigten. Im ganzen ist die Operation in Rußland 32mal ausgeführt worden; 22mal wegen Tuberkulose mit 18 guten Ausgängen (81,8%), 3mal wegen Fersengeschwür (alle gut), 3mal wegen Fraktur 1 gutes Resultat) und 3mal wegen Neubildungen (2mal gut). Von einem Falle sind die Details nicht angegeben. **Gückel** (Kondal, Saratow).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. **Sonnabend, den 31. Januar.** **1903.**

Zur Behandlung der Frakturen.

Von
Medizinalrat Dr. **Borchard,**
dirig. Arzt der chirurgischen Abteilung des Diakonissenhauses in Posen.

Unser Ziel bei der Behandlung der Frakturen muß sein, in möglichst kurzer Zeit auf die einfachste Weise ein gebrauchsfähiges Glied in seiner normalen Form und Gestalt wieder herzustellen. Das letztere wird durch die Anwendung des Gipsverbandes in vollkommener Weise erreicht, aber bei seiner schematischen Anwendung ist keine Rücksicht genommen auf die Abmagerung der Muskeln und die Behinderung der Beweglichkeit der Gelenke. Die Gehver-

bände suchen einerseits die Bettruhe auf das allermindeste Maß zu beschränken, andererseits auch die Abmagerung der Muskeln nach Möglichkeit hintanzuhalten. Der Nachteil ist aber, daß man sie in der Privatpraxis nicht gut anwenden kann, und daß ferner die Beweglichkeit der Gelenke auch bei ihnen nicht unbeträchtlich leidet. Die Extensionsverbände verhindern wohl das letztere nach Möglichkeit, aber sie nehmen zu wenig Rücksicht auf die Abmagerung der Muskulatur. Diese verschiedenen Schattenseiten der einzelnen Methoden haben es noch immer nicht zu einer Einigung in der Frakturbehandlung kommen lassen. Im folgenden möchte ich eine Methode der Behandlung der Knochenbrüche den Fachgenossen empfehlen, die keinen Anspruch darauf machen soll, irgend etwas Neues zu bringen, die mir aber in den letzten Jahren bei meinem ziemlich reichhaltigen Frakturenmaterial gute Dienste geleistet hat.

Wenn man sich den Vorgang der Heilung eines Knochenbruches vergegenwärtigt, so ist er im wesentlichen folgender: Schon am 2. Tage beginnt in der Umgebung der Bruchstelle eine Schwellung und Durchfeuchtung des Gewebes. Das Periost beginnt lebhaft zu wuchern, und ungefähr am 10. Tage hat sich eine weiche, gallertartige Masse gebildet, welche gleich einem Ringe die Bruchstelle umgibt. Wir haben es bis zum 10. oder 14. Tage mit keiner Verknöcherung zu tun, und es ist uns bis zu diesem Termine freigestellt, eine gute und vollständige Korrektion der Stellung vorzunehmen ohne größere Schwierigkeiten, wie gleich nach der Verletzung. Vom 12.—14. Tage an beginnt die eigentliche Bildung des Callus, der am 24.—28. Tage unter normalen Verhältnissen eine solche Festigkeit erlangt hat, daß nun die Bruchenden unverrückbar nebeneinander liegen bleiben, wenn nicht eine forzierte Einwirkung stattfindet. Die uns sichtbaren Veränderungen des verletzten Gliedes sind — abgesehen von den Erscheinungen des Knochenbruches — so, daß einige Stunden nach der Verletzung die Schwellung des Gliedes beginnt, in den nächsten Tagen zunimmt, sich bis zum 5. oder 6. Tage auf einer gewissen Höhe hält und dann allmählich schwindet, so daß man am 10.—14. Tage etwa wieder annähernd normale Konturen des betreffenden Gliedes hat. Es fällt somit die Zeit des Beginnes der Callusbildung mit der Abschwellung zusammen.

Unter Berücksichtigung dieser Umstände gehe ich bei der Behandlung der Frakturen, besonders der Unterschenkel-, Ober- und Unterarmfrakturen (die Oberschenkelfrakturen behandle ich mit Extension) so vor, daß ich, sobald der Pat. in meine Behandlung kommt, das möglichst gut reponierte Glied in eine Schiene lagere (am Unterschenkel Volkmann'sche Schiene, am Arm Gipshanfschiene) unter Ruhigstellung der beiden benachbarten Gelenke. Um die Bruchstelle wird ein Prießnitzumschlag gelegt. Schon am nächsten Tage beginne ich mit der Massage, die anfangs, solange noch eine erhebliche Schmerzhaftigkeit vorhanden ist, nur als sogenannte Einleitungsmassage verwandt wird und sich auf die Effleurage der zentral

gelegenen Partien bis über das nächste Gelenk hinaus beschränkt. Hat die Schmerzhaftigkeit nachgelassen — und es ist auffallend, wie schnell unter der Massage die Schmerzen schwinden —, so wird auch die Frakturstelle mit in den Bereich der Massage hineingezogen. Während bei der Einleitungsmassage das Glied in der Volkmannschen Schiene bleibt, wird, sobald die Bruchstelle mit in Angriff genommen werden kann, das Glied aus der betreffenden Schiene genommen, gut gehalten und nun das Streichen und ein vorsichtiges Reiben der Bruchstelle begonnen. Nach jeder Sitzung werden die benachbarten Gelenke etwas bewegt und dann wiederum ein Prießnitzumschlag umgelegt. Bei der Massage der zentralwärts gelegenen Teile kann man das Glied auf der Schiene lassen, bis man zur Massage der Bruchstelle selbst übergeht. Bei Ober- und Unterarmfrakturen muß man natürlich immer die Schiene entfernen, aber auch hier sind die Schmerzen beim geschickten Halten keine nennenswerten. Es ist natürlich, daß die Massage recht schonend und auch von geübten Händen, d. h. vom Arzte selbst vorgenommen werden muß. Durch diese frühzeitige Massage gelingt es, einmal die Schwellung schnell zu beseitigen, dann aber auch wirkt sie entschieden bei richtiger Anwendung schmerzlindernd, und drittens arbeitet man der Atrophie der Muskeln in der wirksamsten Weise entgegen. Nicht zu unterschätzen ist es, daß die Gelenke jedesmal passiv bewegt werden. Von der Anwendung der Eisblasen bin ich abgekommen, da sie der Resorption eher hinderlich ist. Am 12. Tage etwa wird der Gipsverband angelegt, nachdem event. in Narkose die Bruchenden genau aneinander gestellt sind. Die Kontrolle der guten Reposition ist äußerst leicht, da keine Schwellung dieselbe mehr hindert, und da man selbst nach angelegtem Gipsverbande, den ich über einen einfachen Trikotschlauch mache, genau die Stellung kontrollieren kann. Dieser Gipsverband bleibt bis zum 26. Tage etwa liegen, wird dann in der Mitte aufgeschnitten, und jetzt wird wieder mit Massage und Mobilisation der Gelenke begonnen. Die Steifigkeit der letzteren ist keine sehr große, und es gelingt schon nach einigen Tagen die normale Beweglichkeit wieder herbeizuführen, falls dieselbe nicht schon gleich nach Abnahme des Gipsverbandes vorhanden war, wie ich es oft gesehen habe. Ist kein Federn der Bruchenden mehr vorhanden, dann stehen die Pat. auf und können meistens nach einigen Versuchen mit Hilfe eines Stockes gehen.

Es ist bemerkenswert, wie gering die nach den ersten Gehversuchen eintretenden Schwellungen sind, und auch späterhin habe ich das oft so lästige Ödem kaum oder nur in ganz geringem Maße gesehen. Es ist dies besonders auf die gleich nach der Verletzung einsetzende Massagebehandlung zu schieben, die es nicht zuläßt, daß weitergehende kapillare Gerinnungen entstehen, die von vornherein die Resorption des Ergusses befördert und die großen wie die kleinen Bahnen freihält. Die Atrophie der Muskeln ist eine relativ geringe. Wenn die Pat. in der 5. Woche aufstehen, so ist die Gebrauchs-

fähigkeit Ende derselben oder in der 6. Woche eine so gute, daß der Entlassung kein Hindernis entgegensteht und eine weitere Nachbehandlung nicht mehr nötig ist. Wie sehr dies gerade in unserer Zeit der Unfallverletzten von Wichtigkeit ist, brauche ich nicht erst zu betonen.

Die Behandlung der Ober- und Unterarmfrakturen ist im großen und ganzen dieselbe, mit der Ausnahme, daß ich hier gleich vom ersten Tage an eine Gipshanfschiene anlege, die während der Massage in den ersten 12 Tagen jedesmal abgenommen wird. Am 12. Tage mache ich auf den abgeschwollenen Arm entweder eine neue, genau sitzende Gipshanfschiene oder lege bei Unterarmfrakturen einen circulären Verband an, der ebenfalls bis zum 26. Tage liegen bleibt.

Die Frakturen des Radius behandle ich so, daß ich nach sofortiger Reposition den von Storp angegebenen Verband anlege, sofern nicht die Bruchenden große Neigung zur Verschiebung zeigen. Im letzteren Falle lege ich eine Schiene an und behandle die Brüche in der oben erwähnten Weise. Im ersteren Falle wird der Unterarm zentral von dem kleinen Verbande täglich massiert und die Finger sowie das Handgelenk bewegt.

Mein Prinzip bei der Behandlung der in Rede stehenden Fraktur ist somit in Kürze folgendes: Massage gleich vom Tage der Verletzung an, daneben Lagerung auf eine Schiene und Prießnitzumschläge, Immobilisation der Bruchenden in exakter Stellung nach Abnahme der Schwellung des Gliedes vom Beginn der Callusbildung an bis eine Konsolidation erreicht ist, die eine Verschiebung der Bruchenden ohne brüske Gewalt nicht mehr zuläßt (also etwa bis zum 26. Tage), dann wieder Massage und Mobilisation der Gelenke bis zur völlig festen Vereinigung, und dann ausgiebiger Gebrauch des verletzten Gliedes. Die Vorteile sind das Vermeiden der Gelenksteifigkeit, der Atrophie der Muskeln und des späteren Ödems bei Wiederherstellung der normalen Gestalt des betreffenden Gliedes.

---

1) **M. Borst** (Würzburg). Die Lehre von den Geschwülsten. Mit einem mikroskopischen Atlas.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann**, 1902. 2 Bände. 63 Tafeln m. 296 farb. Abbild.

Fast 4 Jahrzehnte sind verflossen, seit Virchow sein Buch »Die krankhaften Geschwülste« geschrieben hat mit vollendeter stilistischer Meisterschaft und reich an neuen und zum großen Teil heute noch unanfechtbaren Ergebnissen vertieftester Forschung. Wie groß auch die kasuistische Literatur und wie zahlreich die Ergebnisse der onkologischen Einzelforschung seitdem gewesen sind, gegenüber Virchow's überragendem Werke hat noch niemand es gewagt, das Riesengebiet der Geschwulstlehre zusammenfassend zu behandeln. Um die Zeit nun, da der Altmeister die Augen für immer schloß, bringt uns B. ein Werk, dessen große Anlage, dessen schöne Darstellung, dessen ebenfalls durchweg aus Eigenstudien erwachsene

Ergebnisse den Vergleich mit Virchow's Arbeit naturgemäß herausfordern. Mag diese zu ihrer Zeit grundstürzender gewesen sein, so original und von einer Fernwirkung, daß wir allesamt heute noch im Banne der Virchow'schen Lehren — und wohl auf lange noch! — stehen, B. hat zweifellos mit seinem umfangreichen Buche einem weitverbreiteten Wunsche entsprochen und gewiß nicht zum wenigsten demjenigen der praktischen Chirurgen. Sie werden es als einen überaus gewissenhaften Berater in allen mehr theoretischen, histopathologischen und pathologisch-anatomischen Fragen und — dank dem großen, wohlgeordneten Literaturverzeichnisse — bei der wissenschaftlichen Bearbeitung spezieller Fragen als neueres, überaus willkommenes Hilfsmittel benutzen.

Daß das Buch von einem fleißigen Forscher und gründlichen Kenner der Geschwülste geschrieben ist, davon reden die zahlreichen und auf Tafeln vortrefflich ausgeführten Bilder eigener Präparate, auf die im Texte in einer sehr geschickten Weise Bezug genommen wird. An der Hand der gegenüberstehenden Erläuterung sind sie auch ohne Nachschlagen des Textes studierbar; sie sind nach Schnitten gezeichnet, die mit den üblichsten und einfachsten Färbemitteln behandelt sind, ein Vorgang, der sehr nachahmenswert ist. Übersichtsbilder und solche bei stärkerer Vergrößerung sind zweckmäßig nebeneinander gestellt. Dem Chirurgen würden vielleicht auch noch einige makroskopische Bilder, den Sitz einer Geschwulst im Organe darstellend, für deren Operabilität von Bedeutung, wünschenswert erscheinen. Auch hätte sich im allgemeinen Teile ein Kapitel über die sog. »Stückchendiagnose« empfohlen, da erfahrungsgemäß oft der Operateur vom mikroskopischen Untersucher mehr erwartet als im Bereiche der Möglichkeit liegt und andererseits dieser mit den Daten des Übersenders, des Laryngologen, des Gynäkologen etc. oft nicht zufrieden sein kann. Doch an ein umfassendes Werk wie dieses werden von so verschiedenen Seiten besondere Anforderungen gestellt, die bei gleichmäßiger Behandlung aller Teile des umfangreichen Stoffes nicht alle befriedigt werden können.

Den Vorteil wird hoffentlich die B.'sche Arbeit haben, daß auch die »Spezialisten«, wenn sie es lesen, eine größere Einheitlichkeit in der Namengebung und in der technischen Behandlung und Beschreibung der Geschwülste sich werden angelegen sein lassen. Virchow's Onkologie liegt den »Modernen« oft allzu fern, für sie war oft nur die Spezialliteratur maßgeblich. Nun finden sie die wesentlichste Literatur mit seltenem Fleiße zusammengestellt und mit stilistischer Meisterschaft und Objektivität die zahlreichen onkologischen Streitfragen geschildert, und das nicht ohne jeweilige Heraushebung der eigenen Anschauung des Verf. Auch wo er sich ablehnend gegen eine neuere Theorie, wie z. B. gegen die parasitäre Ätiologie des Karzinoms, verhält, geschieht dies in gerechter Würdigung der einschlägigen Arbeiten und in vornehmer, wissenschaftlicher Form.

Der erste, allgemeine, Teil behandelt in fließender, leicht faßlicher Darstellung die dem Praktiker weniger geläufige Literatur über die Definition der echten Geschwülste und über die Frage der Veränderung des Zellcharakters (Anaplasie, Kataplasie, Metaplasie), über Entstehung, Wachstum und Verbreitungsweise der Geschwülste (96 Seiten).

Im speziellen Teile, welcher die einzelnen Geschwulstarten einschließlich Karzinom, welches Virchow bekanntlich unerörtert gelassen hatte, umfaßt, behandelt B. zuerst die eigentlichen »Bindesubstanzgeschwülste mit vollkommener Gewebsreife«, die sog. gutartigen Bindesubstanzgeschwülste: Fibrom, Myxom, Lipom, Chondrom, Osteom, Angiom; aber auch das Myom, Neurom, Gliom; demnächst die endothelialen, Lymphangio-, Hämangio-Endotheliom und Peritheliom, Cylindrom, Psammom, Cholesteatom.

Dann folgen die Bindesubstanzgeschwülste mit unvollkommener Gewebsreife (Sarkome), ferner die epithelialen Geschwülste. Hier unterscheidet B. die ausgereiften Formen (fibroepitheliale) und die unausgereiften Formen, die Karzinome. Ihnen fügt er anhangsweise an die Nebennieren- und die Choriongeschwulst. Den Schluß bilden die Mischgeschwülste, bei denen naturgemäß die schöne Arbeit von Wilms vielfache Berücksichtigung findet.

Auf Einzelheiten des über 1000 Seiten starken Buches läßt sich hier naturgemäß nicht eingehen, aber hingewiesen soll noch sein auf einzelne, den Chirurgen besonders interessierende Kapitel, so über die Rezidiventwicklung, über die bösartige Entartung von Geschwülsten, über den Zusammenhang von Trauma und Geschwulstbildung und über die Entstehung von Geschwülsten überhaupt, die in dem Satze gipfelt: »Wir kommen zu der Meinung, daß wahrscheinlich eine angeborene pathologische Qualität der Zellen und Gewebe die Grundlage jeder echten Geschwulstbildung ist. Die irritativen Einwirkungen müssen ein primär eigenartiges Gewebe treffen, wenn die Folge der Einwirkung eine Geschwulstbildung sein soll.«

B. hat den Riesenstoff mit großer Objektivität und, in den bildlichen Beigaben von einem technisch auf der Höhe der Zeit stehenden Verleger unterstützt, in erschöpfender Weise behandelt. Seine Arbeit wird auf alle Forscher auf diesem interessanten Gebiete sammelnd und anregend wirken auf lange Zeit hinaus.

P. Stolper (Breslau).

---

2) **L. Burckhardt.** Sarkome und Endotheliome nach ihrem pathologisch-anatomischen und klinischen Verhalten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Der Arbeit liegen eingehende Untersuchungen von 93 bösartigen Geschwülsten der Bindegewebsreihe zu Grunde. Dieselben entstammen zum größten Teil dem Operationsmateriale der chirurgischen Klinik in Würzburg. Das Hauptaugenmerk richtet Verf.

auf die Streitfragen, welche noch, besonders zwischen Klinikern und Pathologen, bezüglich der Trennung von Sarkom und Endotheliom herrschen und glaubt, zur Lösung derselben einen Beitrag geliefert zu haben.

Den zusammenfassenden Schlußbetrachtungen über die gewonnenen Resultate entnehme ich folgende wichtigste Punkte:

Das Sarkom geht von verschiedenerlei Zellen aus, die aber ihre Gleichwertigkeit und Gleichartigkeit darin äußern, daß sie alle imstande sind, Bindegewebsbildner zu werden; das sind außer den Zellen des faserigen Bindegewebes die Endothelien der Lymphwege und die Endothelien und Perithelien bezw. Adventitialzellen der Blutgefäße. Das Sarkom entsteht gewöhnlich aus zwei oder mehr dieser Zellarten zugleich.

Alle Sarkome sind mehr oder weniger eigentlich Endotheliome. Der Name Endotheliom, der der Histogenese der Sarkome zwar zum größten Teil, aber doch nicht ganz gerecht wird, ist am besten gänzlich fallen zu lassen.

Die histogenetisch eine große gleichwertige und einheitliche Geschwulstgattung bildenden Sarkome können zwar morphologisch ihrer Struktur nach außerordentlich voneinander abweichen. Hinsichtlich ihrer klinischen Eigentümlichkeiten bilden sie aber analog ihrer histologischen Zusammengehörigkeit eine einheitliche und gleichwertige Geschwulstgruppe. Der Name Endotheliom hat daher auch klinisch keine Berechtigung.

Der Arbeit sind eine große Anzahl übersichtlicher mikroskopischer Abbildungen beigegeben. **Blauel** (Tübingen).

---

3) **G. Friedländer.** Kreislaufverhältnisse und lokale Tuberkulose.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

Verf. suchte der Frage experimentell näher zu treten, warum beim Eindringen von schwach virulenten Tuberkelbazillen in die Blutbahn gerade bestimmte Gebiete resp. Organe und Organteile tuberkulös erkranken, also eine Prädisposition für die hämatogene tuberkulöse Erkrankung besitzen, andere nicht. Die Technik der Versuche war folgende: 2—3 Platinösen einer 1 Jahr alten Rindertuberkulose wurden mit einer mäßigen Menge von Lykopodium verrieben und hierzu sterile physiologische Kochsalzlösung gesetzt. Dann wurde die Femoralis bei ihrem Übergange in die Poplitea aufgesucht und die mit der Suspension gefüllte Pravaz'sche Spritze schräg durch die Gefäßwand proximalwärts eingestochen und so die Injektion ausgeführt. Nach Herausziehen der Kanüle wurde die Gefäßwand seitlich abgebunden. Als Versuchstiere dienten Ziegen. Aus den Experimenten ist ersichtlich, daß durch die embolischen Vorgänge gerade diejenigen Gewebe im Gefäßgebiete der Art. femoralis erkrankt sind, welche auch unter natürlichen Verhältnissen eine

Prädisposition für tuberkulöse Erkrankung besitzen. Physiologisch sind die Gefäßbezirke der lokalen Tuberkulose durch eine besonders langsame, fast bis zur Stase gehende Kapillargeschwindigkeit und durch eine geringe Gefäßdichte charakterisiert. So kennzeichnet sich die Disposition als abhängig von lokalen Verhältnissen des Kreislaufes, indem spärlicher Blutzufluß unter geringem Drucke, mangelnde Vis a tergo oder verlangsamter Abfluß oder beides zur Stagnation der Bazillen in unversehrten Gefäßen und zur Ansiedlung im Gewebe führen.

Was die Therapie der Tuberkulose betrifft, so glaubt F. nicht, daß es möglich sei, das letzte Bißchen tuberkulöser Krankheitsherde zu exstirpieren; seiner Ansicht nach spielt bei den Resektionen die Kallusbildung als heilendes Moment eine wesentliche Rolle. Dieselbe geht mit Neubildung von Gefäßen einher, die die lokalen Kreislaufverhältnisse verändert und für die Ausheilung des chronisch entzündlichen Prozesses günstigere Verhältnisse schafft.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

4) G. Benninghoff. Surgical tuberculosis.

(Buffalo med. journ. 1902. November.)

Verf. hat als lokales Antiseptikum und als antituberkulöses Mittel in zahlreichen Fällen rohes Pennsylvaniapetroleum benutzt, und zwar zur Injektion in die Gewebe, z. B. in tuberkulöse Gelenke, zur Wundspülung und Drainage mit petroleumgetränkter Gase und zur Händedesinfektion nach vorheriger Heißwasser-Seifenreinigung. Nach der Injektion in Gelenke erfolgt starke Reaktion, die nach einer Woche wieder geschwunden ist. Die Erfolge waren meist sehr gut, so z. B. in einem Falle von Karies der Wirbelsäule, bei welchem nach Entfernung tuberkulöser Knochenpartien aus der Umgebung des Wirbelkanales die gesamte Wundhöhle mit Petroleum gefüllt wurde, vernäht wurde und per primam sich schloß.

Mohr (Bielefeld).

---

5) E. v. Düring-Pascha. Studien über endemische und hereditäre Syphilis.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LXI. p. 3 u. 357.)

Es ist nicht möglich, hier die sehr interessanten Erfahrungen, die Verf. auf seinen Reisen in Kleinasien gemacht hat, im einzelnen wiederzugeben; jeder, der sich für die allgemeine und spezielle Pathologie der Syphilis interessiert, wird das Original lesen müssen. Hier sei nur hingewiesen auf die außerordentlich große Häufigkeit der »Syphilis insontium« in vielen kleinasiatischen Dörfern, welche durch die Syphilis geradezu zugrunde gerichtet werden, auf v. D.'s Betrachtungen über die Häufigkeit der tertiären Syphilis und deren Gründe — unter den letzteren spielen neben der mangelnden Behandlung die ungünstigen Ernährungsverhältnisse eine sehr wesentliche Rolle. Neben der Hautsyphilis ist die der Schleimhäute, speziell auch der Zunge ungemein häufig (»Syphilis und Reizung«).

Tabes fehlt fast ganz; Verf. hat sich von der ätiologischen Bedeutung der Syphilis für die sog. parasyphilitischen Nervenerkrankungen nicht überzeugen können. In Bezug auf die hereditäre Syphilis tritt v. D. für das Vorkommen der Syphilis par conception, des Choc en retour, aber auch der Syphilis hereditaria tarda und des Tertiarismus d'emblée ein. Das Profeta'sche Gesetz hat weder in dem eigentlichen noch in dem fälschlich erweiterten Sinne eine irgendwie wesentliche Bedeutung. In Bezug auf die hereditäre Übertragung der Syphilis auf die 3. Generation äußert sich der Verf. skeptisch. Er will — trotz der vereinzelten Ausnahmen vom Colles'schen Gesetz — die gesunden Mütter hereditär-syphilitischer Kinder diese stillen lassen, aber auch die syphilitischen Mütter ihre anscheinend gesunden Kinder (ausgenommen die postkonceptionell infizierten Frauen). Die Kontagiosität der hereditären Syphilis ist er geneigt für eine verminderte zu halten. Alle diese Punkte sind natürlich, wie immer, so auch jetzt noch einer sehr eingehenden Diskussion auf Grund immer neuen Materials bedürftig.

Wie mir scheint völlig mit Recht wendet sich v. D. gegen die eigentümliche Art, wie die französischen Syphilidologen jetzt den »dystrophischen« Einfluß der Syphilis festzustellen versuchen. Klinisch ist die Häufigkeit der Gelenkerkrankungen (peri- und parasynoviale gummöse Prozesse) bei den Hereditär-syphilitischen, die Seltenheit der Hutchinson'schen Zähne, die der Verf. für unbedingt beweisend für Syphilis hält, die Seltenheit der Keratitis interstitialis und die Häufigkeit einer sklerosierenden Glossitis, die durchaus diffus ist und sich auch sonst von der acquirierten unterscheidet, endlich der Infantilismus hervorzuheben. **Jadassohn** (Bern).

---

6) **Jeanselme.** La syphilis dans la péninsule Indo-Chinoise.

(Annal. de dermatolog. et de syphiligr. 1901. Hft. 10.)

Die Syphilis ist in Indo-China unter den Eingeborenen stark verbreitet, besonders in den Verkehrszentren. Extragenitale Infektion ist sehr häufig, bedingt durch unhygienische Sitten und Gebräuche. Der Primäraffekt wird selten beobachtet, die sekundären Symptome sind wenig sichtbar, Schleimhautplaques äußerst selten, vielleicht bedingt durch den guten Zustand der Zähne der Eingeborenen und die Gewohnheit, sich nach jeder Mahlzeit den Mund mit heißem Thee auszuspülen und Betel mit ungelöschtem Kalk zu kauen. Am häufigsten beobachtet man die Syphilis maligna praecox mit ausgebreiteter Beteiligung der Haut, Ozaena, Dolores osteocopi, Hyperostosen, Gelenkergüssen. Die tertiäre Form befällt fast ausschließlich Haut und Knochen. Die Extremitäten sind oft in ganzer Ausbreitung von tubero-serpiginösen Syphiliden befallen. Knochenauftreibungen, Mutilationen, elephantiastische Verdickungen an den Unterschenkeln sind häufig und führen durch Zerstörungen der Haut und des Skeletts zu ausgedehnten narbigen Veränderungen. Direkte

Todesursache ist die Syphilis aber selten, weil sie fast nie die Schleimhäute und Eingeweide befällt. Tabes und Paralyse hat Verf. bei den Eingeborenen nie beobachtet. Die hereditäre Syphilis ist häufig und befällt ebenfalls hauptsächlich die Haut und die Knochen. Die Hutchinson'sche Trias hat Verf. nie vollständig mit allen drei Symptomen finden können. Rachitis kommt nicht vor.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: das Ulcus phagedaenicum, die Lepra und der Piau, deren Differenzen vom Verf. besprochen werden.

Als Heilmittel verwenden die Eingeborenen Zinnoberräucherungen, welche sie bis zur Salivation fortsetzen. Für die große Masse ist diese Kur aber zu teuer. Mit dem Sumpffieber, den Pocken und der Lepra zusammen trägt die Syphilis wesentlich dazu bei, die Bevölkerung zu decimieren und die Entartung der Rasse herbeizuführen.

Von den 237 Beobachtungen des Verf. werden am Schluß 51 der wichtigsten Fälle mitgeteilt. **Klingmüller** (Breslau).

---

7) P. Stolper. Über die Beziehungen zwischen Syphilis und Trauma, insbesondere in gerichtlich- und versicherungsrechtlich-medizinischer Hinsicht.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 117.)

Umfang- und inhaltreiche, fleißige Arbeit, in welcher S. mancherlei eigene klinische Erfahrungen speziell bei unfallversicherten Luetikern, sehr reichliche eigene pathologisch-anatomische Beobachtungen bei Luetikern, gesammelt im Breslauer pathologischen Institut, ferner eine große Reihe von Röntgenaufnahmen an luetisch erkrankten Knochen, sowie gründliche Studien der Literatur veröffentlichend und verwertend, wie im Arbeitstitel angedeutet, die eigentümlichen rechtlichen Verbindungen und Beziehungen zwischen Lues und Trauma näher zu beleuchten und auf die Verquickung zwischen beiden hinzuweisen sucht. Der einschlägige Stoff wird in folgender Ordnung behandelt. A. Bedeckende Weichteile, insbesondere Haut, und Muskulatur. Hier handelt es sich meist um spätsyphilitische, gummöse Produkte als Folge und am Orte eines Traumas. Diagnostisch ist zu beachten, daß anfänglich sichtlich gute Heilungstendenz zu beobachten ist, bis erst allmählich Verschlimmerung eintritt. B. Skelett (Knochen und Gelenke, einschließlich Sehnen, Sehnenscheiden und Schleimbeutel). Hier sei erwähnt, daß S. bei 61 Sektionen von Individuen mit erworbener Lues 27mal Affektionen des knöchernen Skeletts, und zwar in der Regel schwere, mehrfache auffand. Bezüglich der Röntgenbilder luetischer Knochen, in mannigfaltiger Weise verstärkte und verdickte, spindelig aufgetriebene Schattenbilder etc. aufweisend, sei auf das Original verwiesen, welches die Wichtigkeit der Röntgenaufnahme für die Diagnose Knochen-

syphilis wiederholt betont. Im allgemeinen wird unter Rücksichtnahme auf die Literatur zunächst die erhöhte Disposition der Luetiker zu Frakturen bezw. sog. Spontanfrakturen hervorgehoben. Eine derartige abnorme Brüchigkeit, wahrscheinlich auf einer allgemeinen Ernährungsstörung beruhend, kann ebenso wie die Spontanfraktur eines Knochens infolge einer spätsyphilitischen gummösen Erkrankung desselben sowohl in strafrechtlichen als in Fällen von Betriebsunfall juristisch wichtig werden. Dasselbe gilt von der bei Lues häufigen Verzögerung der Bruchkomplikation und Pseudarthrosenbildung. Auch von Gelenksyphilis, deren Differentialdiagnose gegenüber deformierender und tabischer Arthritis übrigens nicht leicht ist, giebt S. Bericht über eigene Beobachtungen nebst Abbildung von Präparaten. Bei C., inneren Organen, erwähnt S. eine von ihm beobachtete Gummabildung des Myokards, lokalisierte luetisch-atheromatöse Veränderungen der Aorta, speziell der Aortenwurzel, wo die Koronararterien entspringen, als Erkrankungen, die dazu angetan, ganz plötzlichen Tod zu bewirken, forensisch wichtig sind.

Er hebt die Wichtigkeit der luetischen Arterienerkrankung für Bildung traumatischer Aneurysmen hervor und erklärt die Venenentzündung jugendlicher Individuen als fast stets syphilitisch. Traumatisch entstandene Hodensyphilis ist schon öfter beschrieben. Endlich werden noch Beobachtungen registriert, wo nach Trauma syphilitische Cerebralsymptome auftraten. In den allgemeinen Schlußbemerkungen der Arbeit hebt S. zusammenfassend hervor, daß »geringfügige Verletzungen bei Syphilitikern gelegentlich ernste Folge haben«. Diese Tatsache ist forensisch wichtig und kann den Schuldigen entlasten, wo eine leichte Verletzung abnorme schwere Gesundheitsschädigungen bewirkt hatte. »In der versicherungsrechtlichen Praxis kann es von Wichtigkeit sein, festzustellen, ob eine Verletzung (Betriebsunfall) den Anlaß zu syphilitischer Infektion abgegeben hat, ferner ob gewisse Beschwerden der Versicherten, von diesen als Unfallsfolge mit voller Überzeugung angesehen, wirklich solche sind oder nicht vielmehr der allgemeinen Erkrankung zuzuschreiben sind«. Auch kommt in Frage, ob unter Umständen ein Trauma als verschlimmerndes Moment bei immanenter Syphilis anzusehen ist. Alle diese Fragen sind im allgemeinen von Fall zu Fall sowohl gutachtlich wie rechtsprecherisch zu entscheiden. Allgemeine Maximen aufzustellen, wie z. B., daß eine »Erwerbsfähigkeitseinbuße durch Syphilis, also durch ein selbstverschuldetes Leiden, nicht entschädigungspflichtig sei« (Maréchaux), sind hier verfehlt.

Der Arbeit ist ein über 4 Seiten einnehmendes Literaturverzeichnis beigefügt. Auf eine Mitteilung des Ref. über »ein Syphilom als Betriebsunfall« (in dem der Pat. bis zur Genesung Vollrente erhielt; Ref.) ist noch in einem Nachtrag — Bd. LXV p. 582 — hingewiesen.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).



8) **F. Lesser.** Experimentelle Untersuchungen über die gleichzeitige Darreichung von Quecksilber- und Jodpräparaten.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. LX. p. 91.)

Man hat vielfach — besonders wohl auf Grund der bekannten Erfahrungen der Ophthalmologen — behauptet, daß man Jod- und Hg-Präparate nicht gleichzeitig verabreichen dürfe. Verf. hat diese Frage einer experimentellen Bearbeitung unterzogen und ist dabei zu folgenden Resultaten gelangt: Innerlich darf man Kalomel, Protojoduret und Hydr. oxydulat. tannic. nicht geben, solange Jod im Organismus kreist, weil dadurch Reizungen des Magen-Darmkanales zustande kommen; wohl aber kann man Sublimat und Jod intern kombinieren, wenn man nur beides zeitlich getrennt verabreicht. Gelöste Hg-Salze kann man während einer Jodkur injizieren, ebenso Salicyl-, Thymol-Hg und Oleum cinereum; Kalomelinjektionen aber reizen unter diesen Umständen stark.

Es ist ferner »die Applikation von Kalomel und weißer Präcipitatsalbe auf Hautwunden bei innerlicher Darreichung großer Dosen von Jodalkalien kontraindiziert« (dabei handelt es sich nach L. um Dosen von mehr als 3—5 g Jodkalium; ich möchte aber hervorheben, daß an den Genitalien — wohl durch Benetzung mit dem Urin — auch bei kleineren Jodkaliumdosen durch Kalomelbestreuung von Papeln etc. starke Nekrotisierungen zustande kommen können). Nach der Resorption ist eine schädliche Wirkung der Jod-Quecksilberkombination ausgeschlossen. Die sehr oft indizierte Doppelbehandlung der Syphilis ist also — bei Innehaltung der oben angegebenen Vorsicht — ganz unbedenklich und in weitem Umfange zu empfehlen.

Jadassohn (Bern).

---

9) **Werler.** Über praktische Erfahrungen mit der Merkurcolloid-Behandlung etc.

(Therapeutische Monatshefte 1902. Nr. 3.)

Durch die an 146 Fällen von Lues ausschließlich mit Merkurcolloid — einem löslichen metallischen Quecksilberpräparat — in äußerlicher und innerlicher Anwendung gewonnenen Erfahrungen ist W. zu der Überzeugung gekommen, daß dieses Mittel bei bequemerer Anwendungsweise eben so günstig wirkt, wie die anderen Quecksilberpräparate, während die unangenehmen Nebenwirkungen der letzteren entschieden zurücktreten.

Willemer (Ludwigslust).

---

10) **Scholem.** Über Unguentum hydrargyri colloidalis (Merkurkolloid), seine Anwendungsweise und Wirkung.

Inaug.-Diss., Leipzig, 1901.

Verf. berichtet aus der Werler'schen Poliklinik über die Anwendungsweise und Wirkung des kolloidalen Quecksilbers. Er hebt als Vorzüge der Merkurkolloidsalbe gegenüber anderen Präparaten

hervor: die leichte Verreibbarkeit, die Sauberkeit einer solchen Einreibungskur, das Fehlen von Nebenerscheinungen (Dermatitis, Stomatitis). Ihre Anwendung sei deshalb zu empfehlen vor allem für ambulante Behandlung der Syphilis, aber auch bei Epididymitis, Funiculitis, Bubonen, gonorrhoischen Gelenksentzündungen und Sehnenscheidenentzündungen. Auszüge aus Krankengeschichten sind beigefügt.

Klingmüller (Breslau).

---

11) **Stenger.** Die otitischen Symptome der Basisfraktur.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

Bei Schädelbasisbrüchen kommen neben allgemein chirurgischen Symptomen eine Reihe Ohrsymptome vor, die S. in anatomische und funktionelle einteilt. Zu den ersteren gehören Blutungen aus dem äußeren Ohre gleich denen aus Mund und Nase. Die funktionellen Symptome bestehen aus Hörstörungen, Gehörsempfindungen, Schwindelerscheinungen und Nervenlähmungserscheinungen. Was den Sitz der Verletzungen des Gehörapparates betrifft, so ist zu bedenken, daß sowohl Verletzungen des Mittelohres, des Labyrinthes, des Hörnerven selbst im Bereiche seines Verlaufes, sowie Verletzungen des zentralen Organes vorkommen können und Störungen der Hörfähigkeit bedingen. Die Art der auftretenden Hörstörungen ist sehr verschieden. Es tritt Schwerhörigkeit bezw. Taubheit auf, meist in Begleitung subjektiver Gehörsempfindungen. Die Schwerhörigkeit ist einseitig, kann aber auch beiderseits eintreten. Sie kann sofort nach dem Trauma oder erst nach längerer Zeit in Erscheinung treten. Bezüglich des Schwindels ist zu erwähnen, daß sich aus näher beschriebenen Zeichen der Labyrinthschwindel von dem Kleinhirnschwindel differenzieren läßt, was für die Diagnose von Bedeutung ist. Besonders wichtig sind die dem Otologen zur Verfügung stehenden funktionellen Symptome, welche oft einen Aufschluß geben, ob Gehirnerschütterung oder Basisfraktur vorliegt. Vor allem aber sind sie von Wichtigkeit bei der Beurteilung eines abgelaufenen oder sich weiter entwickelnden Krankheitsprozesses; sind sie doch oft die einzigen Zeichen neben unbestimmten Kopfschmerzen, die auf den wirklichen Sitz und die Ursachen der Beschwerden hinweisen. So kann nach Ansicht des Verf. die wirkliche Beurteilung einer überstandenen Basisfraktur nur unter Zuziehung eines mit den otitischen Untersuchungsmethoden vertrauten Otologen möglich sein.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

12) **N. Biagi.** Über die Reparationsprozesse der Schädelknochen mit Bezug auf die gewöhnlich angewandten Methoden der Kranioresektion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 236.)

B. hat im chirurgischen Institut in Rom unter der Direktion des Prof. Francesco Durante eine Reihe von Tierversuchen betreffs Trepanation nach verschiedenen Methoden gemacht und die

interessierenden Schädelstücke der nach verschieden langen Zeiten nach dem Eingriff getöteten Tiere genau histologisch studiert. Die diesbezüglichen Befundaufnahmen, illustriert durch mikroskopische Abbildungen, bilden den Hauptinhalt der Abhandlung. Als beste Trepanationsmethode erkennt B. die nach Durante, die er wie folgt beschreibt: »Die Sektion der weichen Teile wird entweder halbkreisförmig mit der Basis nach unten ausgeführt oder vermittels eines längeren Hauptschnittes und zweier kürzerer perpendikulärer, die mit ihrem Mittelpunkt auf den Enden des ersteren stehen, so daß zwei rechtwinklige Klappen gebildet werden. Diese Schnitte dringen allenthalben bis auf den Knochen. Nachdem der Lappen so vorgezeichnet und für die Blutstillung gesorgt ist, wird der Knochen vermittels eines Raspatoriums bis zu einem gewissen Grade von den ihn umgebenden weichen Teilen befreit und darauf mit einem feinen Hohlmeißel die Linie der Knochensektion gezogen, parallel mit dem Rande der weichen Teile. Nach Vollendung dieses ersten Operationsaktes befreit man mit einem gewöhlichen McEwen-Meißel einen kleinen am Periost anhängenden Knochensplitter der äußeren Hüllenschicht. Es ist von Bedeutung, den Meißel so zu halten, daß er soweit als möglich die Richtung einer Tangente zur Knochenoberfläche einnimmt, indem man so oberflächlich als möglich kleine Schläge ausführt und zugleich den Meißel nach jedem Schlage leise aufhebt. So erhält man einen Lappen, so groß man will, der sehr beweglich und leicht verschiebbar ist. Ist man an diesem Punkte angelangt, so handelt es sich nur darum, den Schädeldefekt soweit und groß wie den Lappen der weichen Teile zu machen, was entweder auf einmal mit dem Hohlmeißel oder mit der Zange von Montenovesi ausgeführt wird.«

Klinisch beobachtete B. mehrere Fälle, wo dieses Verfahren sehr gute, noch nach Jahren kontrollierte Resultate hatte. Ein Knochenpräparatstückchen, stammend von einem 11 Jahre alten Durante'schen Lappen, hatte er Gelegenheit der mikroskopischen Untersuchung zu unterziehen, mit deren Beschreibung der diesbezügliche Teil der Arbeit beginnt. Es folgen dann die Beschreibungen der tierexperimentell gewonnenen Präparate: osteoplastische Lappen nach Durante, mit erhaltener und bei weggeschnittener Dura; temporäre Knochenresektion, gefolgt von Reimplantation des Knochens; Periost-Muskellappen ohne Reimplantation des resezierten Knochens; osteoplastischer Lappen mit temporärer Resektion des an den weichen Teilen hängenbleibenden Knochens in seiner ganzen Dicke.

Die Details der Untersuchungen hier zu reproduzieren würde zu weit führen. Im allgemeinen sah B. sich überzeugt, daß Dura und Periost als zwei bedeutende Faktoren des Reparationsprozesses der Schädeldefekte zu betrachten sind. Ihr osteogenetisches Vermögen scheint ihm gleichzustehen, und verhindert der Mangel eines der beiden Faktoren der Dura sicherlich nicht die Restitutio ad

integrum. Damit das osteogenetische Vermögen von Periost und Dura aber sich schnell und wirksam vollziehen kann, ist ein Reiz erforderlich, nämlich der frühere Knochen. Deshalb muß also entweder das ganze resezierte Stück frei an seiner Stelle belassen werden oder Splitter desselben am Periost anhängend bleiben. Sowohl die (nach Durante) konservierten Splitter wie die im Ganzen konservierte Schädelscheibe (bei osteoplastischer Trepanation) gehen nekrotisch zu Grunde, dienen aber als Reiz, Modell und Leiter des Reparationsprozesses, der außer der plastischen Knochenneubildung auch die Aufzehrung der nekrotischen Knochenteile besorgt.

Zum Schluß der hier nur möglichst kurz in ihrem Hauptinhalt angedeuteten Arbeit steht ein Literaturverzeichnis.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

13) **Morquio.** Sobre quistes hidaticos del cerebro.

(Revista med. Uruguay 1902. Juli.)

In den südamerikanischen Staaten scheinen die bei uns verhältnismäßig sehr selten zur Beobachtung gelangenden Echinokokkencysten des Gehirns ziemlich häufig vorzukommen. M. hat im Verlaufe eines Jahres 3 Fälle gesehen, die er genau beschreibt und die, wie dies in jenen Ländern fast die Regel sein soll, alle Kinder in jungem Alter betrafen.

Nach einer argentinischen Statistik von Vegas y Cramwell bilden die Hirncysten 2,37% aller Echinokokkuscysten; Thomas fand unter 2000 Fällen 4%. Die Pat. sind fast stets Kinder; M. glaubt, daß das jugendliche Alter für die Lokalisation parasitärer sowie infektiöser Prozesse in den nervösen Zentralorganen prädisponiert ist. Die sichere Diagnose stößt auf sehr große Schwierigkeiten. Differentialdiagnostisch müssen zunächst Tukerkulose und Lues hereditaria ausgeschlossen werden. Dann bleibt die Entscheidung zwischen bösartiger Geschwulst und Echinokokkus; die Anzeichen, die mit sehr großer Regelmäßigkeit bei der letztgenannten Krankheit getroffen werden, sind: Beginn der Erkrankung mit Konvulsionen, die nach kurzer Frist in eine erst schlaffe und darauf spastisch werdende Lähmung übergehen; Erhöhung der Reflextätigkeit auf der der Lähmung entgegengesetzten Seite; vollkommenes Erhaltensein der sensiblen Sphäre; das Fehlen subjektiver Symptome, insbesondere des für Geschwülste so bedeutungsvollen Kopfschmerzes. Der allgemeine Ernährungszustand ist niemals gestört, im Gegenteil immer auffallend gut. Dazu kommen dann noch die äußerlich sichtbaren Symptome, wie Zunahme des Kopfumfanges, Klaffen der Koronarnaht, Offensein der Fontanelle etc. Andere Zeichen, wie die Stauungspapille, die Veränderung der Intelligenz und mehr, decken sich mit den gleichen Symptomen der bösartigen Geschwülste. Sobald die Diagnose frühzeitig gestellt wird, soll zur Operation geschritten werden. Diese kann in Aspiration der Cystenflüssigkeit be-

stehen, in Aspiration mit nachfolgender Injektion einer antiparasitären Flüssigkeit, endlich in der radikalen Exstirpation der ganzen Cyste. Die letztere Operation ist natürlich immer vorzunehmen, wenn noch irgend welche Hoffnung auf Wiederherstellung vorhanden ist. Sie ist auch verhältnismäßig einfach, da die Cysten die Eigenschaft haben, stets nahe der Oberfläche und in den weitaus meisten Fällen in der Gegend des Sulcus Rolandi zu sitzen. Die Gefahr des Eingriffes ist allerdings recht bedeutend, da, abgesehen von einer möglichen Infektion, viele Kranke in dem der Operation folgenden Chok zu Grunde gehen. Vegas y Cramwell erlebte unter 18 Operationen nur 8 glatte Heilungen.

Stein (Wiesbaden).

---

14) **R. Büdinger.** Eine Methode des Ersatzes von Liddefekten.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 25.)

Die beschriebene Methode ist dem Verfahren v. Mangoldt's zur plastischen Deckung von Defekten am Kehlkopfknorpel nachgebildet und wird folgendermaßen ausgeführt:

Nach der Entfernung des kranken Lidteiles, bei schon bestehenden Defekten nach Anfrischung der Ränder, werden zwei Lappen gebildet; der eine, welcher die mangelnde Lidhaut und event. deren Umgebung decken soll, wird von der Schläfen- oder Wangenhaut entnommen und ist gestielt. Der zweite Lappen, der den verloren gegangenen Tarsus samt der Conjunctiva ersetzen soll, wird aus der Ohrmuschel, am besten unterhalb der Helix exzidiert. Er besteht aber nur aus der vorderen Hautbedeckung der Ohrmuschel samt dem Knorpel. Am besten benutzt man das gleichseitige Ohr des einfacheren Verbandes wegen. Man muß beachten, daß vordere Hautbedeckung des zu entnehmenden Lappens nach dem Bulbus zu, also nach innen zu liegen kommt. Daher ist es gut, das Heftpflastermodell des Defektes umgekehrt auf das Ohr aufzutragen.

Vereinigung der Hautränder des Knorpelhautlappens mit der Conjunctiva bulbi, mit dem Rande des gestielten Lappens, der dem Lidrande entspricht und auf der 3. Seite mit dem stehengebliebenen Teil der Conj. palpebr. und des Tarsus. Befestigung des gestielten Lappens.

Zwei derartig operierte Fälle zeigten ein besonders schönes Resultat.

Hübener (Dresden).

---

15) **R. Kayser.** Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Vorlesungen, gehalten in Fortbildungskursen für praktische Ärzte. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage.

Berlin, **S. Karger,** 1903. Mit 130 Abbildungen.

Wie schon die Überschrift sagt, ist das vorliegende Buch für praktische Ärzte bestimmt, es soll in möglichster Kürze die notwen-

digsten diagnostischen und therapeutischen Punkte obiger Spezialgebiete erläutern und den Nichtspezialisten orientieren. Unseres Erachtens ist dies Verf. vollauf gelungen; auf 170 Seiten gibt er eine Übersicht über die Erkrankungen von Kehlkopf, Nase und Ohr. Die glückliche Auswahl des Stoffes, die klare, fließende Darstellung setzen den viel beschäftigten Praktiker in den Stand, die unentbehrlichsten Kenntnisse in diesem Spezialfach sich ins Gedächtnis zurückzurufen. Diese immer mehr zunehmende Ausdehnung unserer Wissenschaft hat den Wunsch nach kompendiösen Lehrbüchern rege gemacht; leider ist oft hierbei übers Ziel hinausgeschossen worden und so ein nicht unberechtigtes Mißtrauen gegen die Kompendien, Repetitorien etc. entstanden. Hier hat aber Verf. seine Aufgabe in vortrefflichster Weise gelöst; der beste Beweis ist das rasche Erscheinen der zweiten Auflage; überall merkt man die bessernde Hand des Verf.s, der wohl kaum eine neue Errungenschaft unerwähnt gelassen hat; es seien nur erwähnt von Neuaufnahmen: Die Gray'sche Lösung zur Anästhesierung bei der Paracentese, die LeDuc'sche Methode der Pulverinhalation zur Selbstbehandlung, das Phenol-Natrio sulforicinicum für die Behandlung der Ozaena, die Anwendung der Gelatine bei Epistaxis, die Gersuny'sche Paraffinmethode zur Verbesserung der Sattelnase. Ferner haben die Beschreibung der hinteren Tamponade, die gerade der Praktiker oft rasch selbst ausführen muß, sowie die Beziehungen zwischen Nase und Gesamtorganismus eine eingehendere Darstellung gefunden. Möge auch diese Auflage sich viele Anhänger erwerben.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

---

16) **Röpke.** Die Unfallverletzungen des Gehörorganes und die prozentuale Abschätzung der durch sie herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes.

(Aus den Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft zu Trier 1902.)

Den gediegenen in klarer Darstellung vorgetragenen Ausführungen des Verf. liegt das Material des Reichs-Versicherungsamtes vom Jahre 1897 zugrunde, das unter 45971 Betriebsunfällen 57 Fälle = 1,24‰ zu verzeichnen hatte, in denen Folgen von Verletzungen des Gehörorganes die Rente bedingten. Nach einer Übersicht über die einzelnen Industriezweige giebt R. eine Definition des Betriebsunfalles unter Anführung charakteristischer Beispiele. Diese fehlen auch nicht in der Zusammenstellung der bei den einzelnen Teilen des Gehörorganes in Betracht kommenden Verletzungen und deren Folgen. Hierbei erwähnt Verf. mit Recht, wie oft bei schweren Kopftraumen Affektionen des inneren Ohres übersehen werden, die dem Nichtspezialisten infolge des Vorherrschens der stürmischen Erscheinungen, wie Hirnerschütterung etc., leichter entgehen und erst nach Schwinden der letzteren in Erscheinung treten. Als besonders

gelungen ist der, wenn ich so sagen darf, soziale Abschnitt zu bezeichnen, in dem Verf. eine große Reihe der für die Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit maßgebenden Gesichtspunkte erörtert und speziell auf die wichtigeren sozialen Momente, wie Geschlecht, Alter, Beruf etc. hinweist. Nach ihm kommen hauptsächlich drei Arten Folgezustände von Unfallverletzungen des Gehörorganes in Betracht: 1) Herabsetzung oder Verlust des Hörvermögens mit oder ohne Ohreiterung; 2) Schwindelerscheinungen, subjektive Geräusche, Kopfschmerzen; 3) Entstellungen. Ferner führt er das Zwardemaker-sche Schema an, welches fünf Gruppen von Berufen in Rücksicht auf die Entbehrlichkeit des Gehörs unterscheidet. Etwas mehr hätte unseres Erachtens die Gefährlichkeit, die eine Mittelohr- oder Warzenfortsatzzelleneiterung mit sich bringt, hervorgehoben werden dürfen. Die äußerst lehrreiche Arbeit ist dringend zur Lektüre zu empfehlen; denn, so schließt R. seine Ausführungen, »je mehr Kenntnis der Arzt von der Tätigkeit der Arbeiter in den einzelnen Berufszweigen hat und je mehr er in die Tiefen des durch und durch sozial gedachten Unfallversicherungsgesetzes eingedrungen ist, um so eher wird er imstande sein, ein im Sinne des Gesetzes gerechtes Gutachten über die Folgezustände abzugeben, die nach einem Betriebsunfall zurückgeblieben sind«. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

---

17) **Rusch.** Zur operativen Behandlung des Rhinophyma.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 13.)

Keilexzision mit folgender Naht eignet sich für umschriebene knollige Hyperplasien, die so vollständig entfernt werden können.

Die zunächst von Stromeyer, Kehrer, Ollier geübte Methode der Dekortikation mit Hinterlassung der Hautbasis, die auch in zwei R.'schen Fällen zur Anwendung kam, ist am meisten zu empfehlen. Einer Transplantation auf die Wundflächen bedarf es da nicht, da die durchschnittenen Talgdrüsen-Ausführungsgänge kleine Epithelinseln darstellen.

Die durch totale Exstirpation der Nasenhaut mit folgender Hauttransplantation (Gersuny) erzielten Nasen machen nach Farbe und Glätte — wie fast stets Thiersch'sche Transplantation im Gesicht — den Eindruck des Fremden. **Hübener** (Dresden).

---

18) **J. Mouret.** Rapports de l'apophyse unciforme avec les cellules ethmoidales et le méat moyen.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 43.)

Verf. erläutert in klarer und übersichtlicher Darstellung die Topographie des mittleren Nasenganges; an der Hand von Zeichnungen giebt er eine Übersicht über die häufigsten Varietäten des Processus uncinatus, der Bulla ethmoidalis, der mittleren Muschel in ihrem Einfluß auf die Gestalt des Meatus medius und die Zu-

gänglichkeit der in denselben mündenden Nebenhöhlen. Die genaue anatomische Kenntnis dieser so variablen Gegend sei eine unerläßliche Vorbedingung für ein erfolgreiches, rhinologisches Handeln.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

---

19) E. J. Moure. Traitement des tumeurs malignes primitives de l'ethmoïde.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 40.)

Für Geschwülste, die in der unteren Hälfte der Nasenhöhle ihren Sitz haben, empfiehlt Verf. die Exstirpation auf natürlichem Wege; dieselbe ist mit geringeren Unbequemlichkeiten verknüpft und giebt verhältnismäßig recht günstige Resultate; weit besser wären dieselben, wenn die ihrer Beschwerden ledigen Pat. sich nicht so oft der Behandlung entzögen. Denn der kleinste Anfang eines Rezidives ist rhinoskopisch meist zu konstatieren und demgemäß mit kalter Schlinge, scharfem Löffel etc. zu beseitigen. Als Beleg für diese Ausführungen veröffentlicht M. einen Fall von »Épithélioma cylindrique« bei einem 83jährigen Manne, der $3^1/_2$ Jahre nach der Operation erst starb, obwohl er sich bis kurz vor seinem Tode infolge allgemeinen Wohlbefindens der ärztlichen Beobachtung entzogen hatte. Wenn die Geschwülste jedoch im oberen Teile der Nasenhöhle, speziell in der Siebbeingegend ihren Sitz haben, ist das endonasale Verfahren nicht ausreichend. Dann trennt Verf. die Weichteile vom inneren Rande des Arcus superciliaris bis ans Ende der betreffenden Nasolabialfalte, klappt auf und entfernt vom Knochen einen Teil vom Processus nasalis des Oberkiefer, des Stirnbeins und das Os nasale dieser Seite unter Schonung des knöchernen Septum; auf diese Weise erreichte er eine genaue Übersicht, die eine gründliche Ausräumung der Siebbeingegend bis zur Keilbeinhöhle unter vorsichtiger Schonung der Lamina cribrosa und der oft freiliegenden Dura gestattet; hintere Tamponade bei der Operation ist vorteilhaft, die Entstellung ist gering. Nach dieser Methode operierte M. ein Épithélioma cylindrique, das er $1^1/_4$ Jahr vorher endonasal entfernt hatte und dessen Rezidiv Symptome von Schwindel etc. zeigte. Pat. ist (2 Jahre nach der Operation) geheilt. In einem zweiten, allerdings sehr weit vorgeschrittenen Falle konnte M. den tödlichen Ausgang durch diese Operation nicht abwenden. Immerhin gestatten diese Resultate, die Behandlung bösartiger Geschwülste der Nasenhöhle für aussichtsreicher anzusehen, als man bisher annahm.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

---

20) Kauder. Über die intrakraniellen Erkrankungen beim Empyem der Keilbeinhöhle.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Die Erkrankung des Sinus sphenoidalis wird in ihrer Gefährlichkeit noch unterschätzt, vor allem deswegen, weil in Fällen von intrakraniellen Erkrankungen auf sie noch zu wenig geachtet wird.

Es ist nachgewiesen, daß das Empyem der Keilbeinhöhle ein häufiges Vorkommnis ist. Ätiologisch spielen hier in erster Linie die akuten und chronischen Infektionskrankheiten eine Rolle. Die unmittelbare Nachbarschaft der Hirnhäute und des Sinus cavernosus zur Keilbeinhöhle ließ es verständlich erscheinen, daß eitrige Prozesse von dieser leicht fortgeleitet werden können.

Verf. berichtet sodann über 3 Fälle von Empyem der Keilbeinhöhle mit intrakraniellen Komplikationen und bespricht im Anschlusse daran die pathologische Anatomie, die Symptomatologie und die Therapie dieser gefährlichen Erkrankung. Bei ausgesprochener Beteiligung des Sinus cavernosus und der Meningen ist von einem chirurgischen Eingriffe nichts zu erhoffen. Deshalb ist es angezeigt, prophylaktisch zu wirken und, sobald ein Empyem der Keilbeinhöhle diagnostiziert ist, dafür zu sorgen, daß der Eiter freien Abfluß erhält.

Blauel (Tübingen).

---

21) **Lindt** (Bern). Einige Fälle von Kiefercysten.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 13.)

L. berichtet über 5 Fälle von periodontalen Cysten, die wir auch als Wurzelcysten bezeichnen. Diese Beobachtungen lehren, wie diese Cysten leicht verkannt, als Kieferhöhlenempyeme oder einfache Kieferabszesse angesehen werden, und wie eine richtige Diagnose deshalb so wichtig ist, weil nur eine gründliche Ausrottung des Cystenbalges eine völlige Heilung ermöglicht. Bezüglich der Entstehung nimmt L. mit Malassez und Kunert an, daß diese Cysten einen bei der Bildung des Schmelzorganes der Zähne nicht verwendeten Rest epithelialer Zellen, der im Periodontium normalerweise zurückbleibt, ihre Entstehung verdanken. Durch Zerfall der Pulpa in das Periodontium gelangende Mikroben rufen eine entzündliche Wucherung dieser Epithelreste hervor, das Wurzelgranulom. Wenn dieses sich zentral verflüssigt, verteilt sich das Epithel in der so entstehenden Höhle, die mit der Extraktion des Zahnes eröffnet wird. (Die Entstehung einer Epithelcyste auf diesem Wege läßt sich doch recht schwer denken. Ref.) Im späteren Stadium lassen sich die periodontalen Cysten von den follikulären, die einer Störung in der Zahnbildung ihre Entstehung verdanken, nicht mehr unterscheiden.

Differentialdiagnostisch lassen sich diese Cysten vom Höhlenempyem unterscheiden dadurch, daß die Sondierung und Spülung der Kieferhöhle von der Nase aus keinen Eiter ergibt, und daß keine Kommunikation der Cystenhöhle mit dem Ostium maxillare besteht. Therapeutisch genügt bei kleineren Cysten die von Partsch empfohlene Exzision eines großen Stückes der vorderen Wand, worauf sich die Höhle verflacht. Bei größeren ist vollständiges Ausschneiden alles entzündeten Gewebes mit nachfolgender Tamponade erforderlich.

P. Stolper (Breslau).



22) **G. Killian.** Les résultats diagnostiques et thérapeutiques obtenus par les méthodes endoscopiques directes dans le cas de corps étrangers de l'oesophage et des voies respiratoires.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1902. Nr. 79.)

K. skizzirt im vorliegenden, auf der 70. Versammlung der Brit. med. Ges. (1902 zu Manchester) erstatteten Referat kurz den gegenwärtigen Stand der im Titel angedeuteten Fragen. Mehrere eigene Beobachtungen K.'s werden mitgeteilt, um die Erfolge der Methode zu demonstrieren (1 Fremdkörperextraktion aus dem Ösophagus, 1 aus dem Larynx, 5 aus den Bronchien). Im beigefügten Litteraturverzeichnis sind die bisher publicirten Fälle von erfolgreicher Anwendung des Bronchoskops zusammengestellt.

Hinsberg (Königsberg i/Pr.).

Kleinere Mitteilungen.

Zur operativen Behandlung der veralteten Patellarfraktur.

Von

Dr. **Max Sträter,**

ehemaligem Assistenten der chirurg. Abteilung des kathol. Krankenhauses in Amsterdam.

Jedem Chirurgen, der einmal eine veraltete Patellarfraktur mit großer Diastase der Fragmente operativ zu behandeln gehabt hat, sind die Schwierigkeiten bekannt, die sich der Vereinigung der weit auseinander gewichenen Frakturstücke entgegenstellen können.

Zahlreich sind denn auch die Methoden, die man ersonnen hat, um diese Schwierigkeiten zu überwinden. Alle Teile des Streckapparates des Kniegelenkes, einschließlich der Tuberositas tibiae, sind schon bei diesen Versuchen in Angriff genommen. In der mir zugänglichen Literatur finde ich angegeben: Quere oder schiefe Durchtrennung der Quadricepssehne, multiple Einkerbungen und V-förmige Einschneidung dieser Sehne; Auto- oder Heteroplastiken an der Patella selbst; Überbrückung der Diastase durch gestielte Lappen aus der Sehne und dem Lig. patellae; Exstirpation des oberen Fragmentes; schiefe Durchschneidung des Lig. patellae; Naht nur der seitlichen Kapselteile; Abmeißelung der Tuberositas tibiae. Dieses letzte Verfahren scheint gegenwärtig das am meisten angewandte zu sein, läßt aber bei sehr großen Diastasen, namentlich bei sehr alten Frakturen, wo starke Schrumpfung der Sehne und des Ligamentes eingetreten ist, im Stiche. Zu meiner Verwunderung fand ich nirgendwo ein Verfahren erwähnt, das mir sonst, namentlich in unserer im Zeichen der Sehnenplastiken stehenden Zeit, ziemlich vor der Hand zu liegen und das mir auch a priori mehrere Vorteile zu bieten schien; ich meine die Z-förmige Durchschneidung der Quadricepssehne mit nachfolgender Naht. Die Ursache für die starke Diastase bei den alten Frakturen und damit der Schwierigkeit der Annäherung der Fragmente liegt doch in der Hauptsache in der Schrumpfung, der Retraktion der Quadricepssehne, in geringem Maße auch des Lig. patellae. Während nun das Lig. patellae wegen seiner Kürze (in meinem Falle betrug die Länge dieses Ligaments kaum $1/2$ cm) für plastische Versuche wenig geeignet erscheint und wir zudem in dem v. Bergmann'schen Verfahren ein Mittel besitzen, das der Retraktion des unteren Fragmentes wirksam abhilft, beträgt die Länge der Quadricepssehne doch immer noch mehrere Centimeter. Es ist also rationell, den Angriffspunkt da zu suchen, wo auch die Ursache des zu beseitigenden Übels liegt. Zudem haftet den Osteoplastiken an der



Patella selbst der prinzipielle Fehler an, daß die Patella zu lang gemacht wird und also von vornherein auf eine normale Beweglichkeit des Gelenkes verzichtet wird. Ein weiterer Vorteil der Verlängerung der Quadricepssehne ist, daß die Patella wieder auf ihren normalen Platz gebracht wird und also auch hierdurch die Chancen für eine spätere normale Beweglichkeit erhöht werden.

Von diesen Erwägungen geleitet, wandte ich das oben genannte Verfahren bei einem Falle an, der vor einigen Monaten in meine Behandlung kam.

Die Krankengeschichte ist in aller Kürze folgende[1]:

Pat. wurde im Juli 1902 im Krankenhause aufgenommen mit einer 3 Tage alten Fraktur der linken Patella mit einer Diastase von 2 cm und absoluter Strecklähmung. Zudem bestand eine 2 Jahre alte Fraktur der rechten Patella, die damals mit monatelanger Massage behandelt war. Die Diastase betrug bei vollkommener Streckung $6\frac{1}{2}$ cm, bei Beugung von 90° 10 cm. Es bestand absolute Strecklähmung, geringe Atrophie des Oberschenkels. Pat. konnte bis zu ihrem jetzigen Unfalle nur mit Kniekappe und Stock und auch dann noch ziemlich schlecht gehen, so daß sie öfters umkippte. Den 26. Juli führte ich an beiden Patellae die Operation aus. Bei der frischen Fraktur war die Sache äußerst einfach, und will ich hierüber nur bemerken, daß das linke Kniegelenk Anfang Oktober aktiv und passiv nahezu normal beweglich war.

Die Operation der veralteten Fraktur gestaltete sich aber ziemlich schwierig. Durch einen großen Längsschnitt wurden die Fragmente bloßgelegt. Trotz tiefer Narkose und Hochhaltung des Beines blieb eine Diastase von ungefähr $3\frac{1}{2}$ cm. Ich schritt nun zur Z-förmigen Durchschneidung der Quadricepssehne in ihrer ganzen Länge, nachdem ich sie von der Unterlage losgelöst hatte. Die Fragmente ließen sich nun bis auf etwas mehr wie 1 cm aneinander bringen (hierbei machte ich beiderseits noch seichte Einkerbungen in die Muskelmasse der Vasti). Um auch diesen letzten Centimeter zu überwinden, meißelte ich die Tuberositas tibiae nach v. Bergmann ab, und nun ließen sich, allerdings nur unter sehr starkem Zuge, die Fragmente in Kontakt bringen. Da der erste Silberdraht durchzuschneiden drohte, führte ich noch einen Silberdraht um die ganze Patella herum, vernähte dann die Sehne wieder in sich selbst und mit den Muskeln, nähte die Kapsel und schloß die Hautwunde nach Einlegung zweier kleiner Jodoformgazestreifchen. Darüber Gipsverband.

Aus dem späteren Verlaufe sei der Kürze halber nur mitgeteilt, daß die Wunde nicht per primam heilte, sondern eine sich glücklicherweise extraartikulär haltende Infektion auftrat. Hierdurch konnte erst viel später als es meine Absicht war, mit der Massage angefangen werden. Nach 3 Wochen wurde der Gipsverband abgenommen, und konnte Pat. schon am nächsten Tage den Fuß von der Unterlage heben. 2 Wochen später fing sie an herumzugehen; Mitte September wurde sie entlassen und konnte damals schon ohne Stütze gut gehen. Ende September sah ich Pat. zum letzten Male; sie ging leicht und schmerzlos; die Patella saß fest zusammen. Normale Streckfähigkeit. Beugung im Kniegelenke bis zu 160° möglich. Pat. selbst war sehr zufrieden mit dem Resultate. Ich zweifle nicht, daß dieses Resultat aber bei geeigneter Behandlung noch um vieles verbesserungsfähig ist und glaube also das von mir in diesem Falle angewandte Verfahren zur Nachprüfung empfehlen zu können.

---

23) **Hallopeau et Duval.** Sur un chancre destructif de la lèvre inférieure.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 605.)

Die Verff. stellten in der Soc. de derm. et de syphil. einen Fall vor, welcher einen ulcerierten Primäraffekt der Unterlippe zeigte. Die Ulceration schritt in

[1] Ich habe den Fall ausführlich mitgeteilt in der Versammlung der Niederländischen Gesellschaft für Chirurgie zu Utrecht am 5. Oktober 1902 und dort auch die zugehörigen Röntgogramme demonstriert.



einigen Tagen rapid weiter, bis sie fast die ganze Unterlippe einnahm. Erst unter energischer Behandlung mit Kalomel und Jod tritt Besserung und Heilung ein. H. macht darauf aufmerksam, daß derartige umfangreiche phagedänische Ulcerationen bisher nur an Lippe und Glans beobachtet worden sind, und glaubt daraus schließen zu können, daß örtliche anatomische Verhältnisse dabei eine Rolle spielen.

Klingmüller (Breslau).

24) **H. B. Lane and W. M. L. Coplin** (Philadelphia). Chronic phagedaena due to mixed infection.

(Annals of surgery 1902. Mai.)

Die Arbeit enthält ausführliche klinische (Lane), so wie pathologisch-anatomische, mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen (Coplin) über einen Fall von destruierendem phagedänischen Schanker.

Nachdem trotz mehrfacher operativer Eingriffe etwa der halbe Penis des 25 Jahre alten Pat. zerstört war, außerdem eine Infektion der Leistendrüsen stattgefunden hatte, wurde der Penis amputiert und die erkrankte Drüse exstirpiert. Erst dann erfolgte Heilung.

Aus den angestellten genauen Untersuchungen des amputierten Penis ist hervorzuheben, daß sich der Prozeß als Folge einer Mischinfektion herausstellte, an der beteiligt waren 1) der Staphylokokkus pyogenes aureus, 2) Bakterium coli, 3) Streptobazillus Ducrey. Außerdem glauben die Verff. aus dem mikroskopischen Befunde (Anwesenheit von tuberkelähnlichen Gebilden, Anhäufungen von Riesenzellen mit beginnender Verkäsung) auf die Mitwirkung von Tuberkelbacillen schließen zu können, obwohl der bakteriologische Befund nach dieser Richtung negativ war. Gestützt wird diese Vermutung durch den in einem Anhange kurz mitgeteilten weiteren Verlauf, nämlich durch das spätere Auftreten einer Epididymitis, welche halbseitige Kastration notwendig machte.

Seefisch (Berlin).

25) **Stern.** Trauma und Syphilis.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 42.)

Verf. tritt in seiner kleinen Veröffentlichung der Auffassung entgegen, daß Wunden Syphilitischer, welche gesundes Gewebe treffen, bei Vermeidung sonstiger Schädlichkeiten in normaler Weise heilen. Zum Beweise seiner Anschauung bringt er 2 Fälle, eine Phlegmone bei einem Luetiker und eine Fingerkuppenverletzung bei einem Luetiker. In beiden Fällen zeigten die Wunden einen äußerst verzögerten, durch Eiterung komplizierten Heilungsverlauf, der sich erst günstiger gestaltete, als Verf. energische antiluetische Kuren verordnete.

Schmieden (Bonn).

26) **M. Schmidt.** Ein Syphilom als Betriebsunfallfolge.

(Sonderabdruck aus Monatsschrift für Unfallheilkunde.)

Im Anschluß an ein Trauma entwickelte sich bei einem 32 Jahre alten Manne eine fluktuierende Anschwellung. Die Inzision ergab ein Depot von käsig-fungösgelatinösem Gewebe in der Subcutis. Nach Auskratzung und Tamponade erfolgte nur vorübergehende Heilung, es entwickelten sich nach und nach mehrere Fisteln. Die Affektion wurde für Tuberkulose gehalten und als solche behandelt, bis Verf. an tertiäre Lues dachte. Schmierkur und Jodkali brachten endgültige Heilung.

Der Fall ist deshalb interessant, weil sich 11 Jahre nach der Infektion am Ort einer ebenfalls vor 11 Jahren gemachten Injektion eines Quecksilbersalzes ein typisches Gumma entwickelte. Er reiht sich den aus der Breslauer Klinik veröffentlichten ähnlichen Fällen an und bestätigt von neuem den Zusammenhang zwischen Trauma und tertiärer Lues. **Klingmüller** (Breslau).

27) **Gaucher et Lacapère.** Syphilis et diabète insipide.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 355.)

Verff. haben bei einem Falle von tertiärer Syphilis Diabetes insipidus beobachtet, welcher sich unter dem Einflusse spezifischer Behandlung (Hg + JK) rapid

besserte. Aus verschiedenen cerebralen Symptomen wurde die Diagnose auf Syphilom in der Gegend des 4. Ventrikels und am Ursprungsorte des 5. Gehirnnervenpaares gestellt. Die Krankengeschichte ist kurz folgende: 35jährige Pat. mit Pollakiurie (8 Liter in 24 Stunden); mit 17 Jahren Primäraffekt, Roseola und Kopfschmerzen; Behandlung mit Pillen während 6 Monaten. Im 30. Jahre Auftreten von Gummata am Rumpfe, seitdem Verminderung seiner Kräfte. Vor 2 Monaten Beginn der Pollakiurie. Befund: Narben, krustöse Syphilide, Exostosen an Stirn und Schläfe, unaufhörliche Kopfschmerzen; Urin frei von Eiweiß und Zucker. Hyperästhesie und gesteigerte Patellarreflexe. Pupillendifferenz, Hypästhesie der Cornea und Conjunctiva, doppelseitige Stauungspapille.

Klingmüller (Breslau).

28) **Fournier et Crouzon.** Arthropathies au cours d'une syphilis secondaire.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 268.)

In der Soc. de dermatol. et de syphil. wird von Verff. folgender Fall beschrieben. Ein 24jähriger Mann bekommt einen Primäraffekt, bald darauf Roseola, welche in 10—15 Tagen verschwunden ist. Etwa einen Monat später tritt eine zweite Eruption auf mit Schmerzen in den Gelenken. Etwa $1^1/_2$ Monat danach stellen sich dieselben Erscheinungen ein: ausgebreitetes maculo-papulöses Syphilid der Haut, Schleimhäute frei. Die Gelenkschmerzen treten abwechselnd in den Knien, Ellbogen- und Schultergelenken auf und sind nicht sehr stark. In den Kniegelenken wird geringer Erguß festgestellt, am rechten Schultergelenk vorn eine sichtbare Hervorwölbung, welche sich nach der Außenseite des Armes fortsetzt und fluktuiert, am linken Schultergelenk nur leichte Schmerzhaftigkeit. Herz, Nieren frei, keine Temperaturerhöhung. Pat. war nie krank.

Klingmüller (Breslau).

29) **Fournier et Crouzon.** Ténosites du poignet au cours d'une syphilis secondaire.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 266.)

Verff. stellten in der Soc. de dermatol. et de syphil. einen Fall von Synovitis syphilitica vor. Der 33jährige Pat. klagte mit dem Ausbruche der Sekundärsymptome über nächtliche Schmerzen in den Gliedern, welche sich besonders lebhaft im rechten Handgelenke äußerten. Von der Mitte des Unterarmes bis zur dritten Phalanx des Zeigefingers und zur zweiten des Daumens bestanden Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit, welche bei Bewegungen stärker wurde. Die Temperatur stieg bis 39,4. Gonorrhoe lag nicht vor. Salicyl hatte keinen Einfluß. Unter Behandlung mit Hg und JK trat Besserung ein; in den ersten Tagen der Kur entwickelte sich aber im linken Handgelenk eine ähnliche Affektion, welche erst nach fortgesetzter spezifischer Therapie verschwand, so daß auch ex juvantibus die Diagnose einer Synovitis syphilitica, einer überaus seltenen Affektion, aufrecht erhalten werden konnte. **Klingmüller** (Breslau).

30) **Marquez.** Caso notable de sifilis terciana.

(Revista de med. y cirurg. práctic. 1902. Nr. 748.)

M. sah einen Fall von tertiärer Syphilis, bestehend in einem retrobulbären Gumma. Die 50jährige Kranke kam in Behandlung mit einem selten starken rechtsseitigen Exophthalmus, fast geschwundenem Sehvermögen, Stauungspapille, Lähmung des Rectus externus. Die Anamnese ergab, daß vor $1^1/_2$ Jahren zuerst sehr heftige Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte aufgetreten waren, daß darauf Anästhesie dieser Gesichtshälfte, später Doppelsehen rechts und dann der Exophthalmus sich eingestellt hatten. M. glaubte es mit einem von der Hirnbasis ausgehenden und nach vorn wuchernden Tumor maligner Art zu tun zu haben, gab aber trotzdem »por si acaso« (man kann es nie wissen) Jodkali in großen Dosen. Nach kurzer Zeit schwanden sämtliche Krankheitssymptome mit Ausnahme

der Lähmung des Rectus externus, die nicht beeinflußt wurde. Der Exophthalmus ging zurück, die Sehschärfe ist gleich der der anderen Seite. Hinterher gab dann auch die Kranke zu, in den letzten Jahren ihrer Ehe Syphilis gehabt zu haben.

Stein (Wiesbaden).

31) **E. Welander.** Drei Fälle von Strictura pharyngis syphilitica.

(Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Bd. LXI. p. 123.)

Von den 3 Fällen ist der eine durch das gleichseitige Vorhandensein einer Speiseröhrenstriktur, der andere durch eine Vernarbungsmembran, welche nur eine gänsefederdicke Öffnung hatte, der dritte durch das Auftreten der Striktur $1^1/_2$ Jahre nach der Infektion sehr bemerkenswert. **Jadassohn** (Bern).

32) **Amberger.** Zur Kasuistik der Schädel- und Gehirnverletzungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 3.)

Aus dem städtischen Krankenhause zu Frankfurt a/M. berichtet A. über 6 Fälle schwerer Schädelverletzungen. 5mal war Sturz oder Stoß die Ursache gewesen, einmal ein Schuß in die Schläfengegend. In allen Fällen war das Gehirn stark in Mitleidenschaft gezogen, teils durch Druck von Hämatomen, teils durch direkte Verletzung. Durch den operativen Eingriff wurde durchweg Heilung erzielt. **Blauel** (Tübingen).

33) **Loevy.** Zur Indikation der Trepanation bei Gehirnblutung im Verlaufe des Keuchhustens.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 226.)

Nicht operierter Fall aus dem Berliner Friedrichshain-Krankenhaus. $7^1/_2$jähriges seit einiger Zeit keuchhustenkrankes Mädchen, das eines Morgens rechtsseitig gelähmt und aphasisch liegend gefunden war. Es folgten Bewußtlosigkeit, rechtsseitige Krämpfe, Drehung von Kopf und Augen nach rechts, hohes Fieber, Puls beschleunigt, aber kein Druckpuls, auch keine Nackenstarre. Es wurde eine Trepanation behufs eventueller Entleerung eines Hämatoms erwogen, aber, da am 4. Tage nach dem Anfalle eine leichte Besserung eingetreten schien, nicht ausgeführt; dagegen geschah eine Lumbalpunktion, wesentlich zur mikroskopisch-bakteriologischen Untersuchung des Liq. cerebrospinalis, der einen Druck von 160 mm zeigte, in einer Menge von 2 ccm abfloß, übrigens sich ganz normal erwies, dann allmähliche Besserung und schließlich völlige Genesung.

Bislang ist eine Trepanation wegen ähnlicher Hirnerscheinungen bei Keuchhusten mit tödlichem Erfolge von Evans gemacht (Entleerung blutiger Cerebrospinalflüssigkeit von der Hirnbasis). L. erwägt den Wert solcher Operationen und findet, daß, da es sich in den fraglichen cerebralen Lähmungsfällen bei Keuchhusten, so weit bekannt, entweder um gar keine anatomischen Veränderungen handelt oder doch um intracerebrale, und zwar oft kapilläre Blutungen, nicht aber um größere chirurgischer Therapie zugängliche Hämatome, die Indikation zu einer Trepanation sicher nur äußerst selten vorhanden sein wird. Dagegen wird die Lumbalpunktion mit ihrer druckherabsetzenden Wirkung, nach dem günstigen Einfluß, den sie in L.'s Fall gehabt, zu möglichst frühzeitiger Ausführung empfohlen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

34) **E. Boniquet.** A propos d'une anthrotomie chez un diabétique.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otolog. et de rhinolog. 1902. Nr. 44.)

Gelegentlich der Aufmeißelung bei einer subakuten Mastoiditis mit profuser Otorrhoe fand sich eine kolossale Knocheneinschmelzung nebst einem großen Sequester im Aditus; nach 14 Tagen Verschlechterung des Allgemeinzustandes unter Auftreten von Ödemen der gleichseitigen Gesichtshälfte und Extremitäten, ohne daß die Wunde eine Abweichung vom Normalen bot; dazu Polyurie und 7,9% Zucker! Unter antidiabetischer Therapie sank die Zuckermenge, dennoch erfolgte nach einigen Wochen unter Hinzutreten von Ascites etc. der Tod. Die

Wunde war fast geheilt und hatte nie eine Spur von Gangrän gezeigt. Im Anschluß hieran erörtert Verf. die Grundsätze für die Operation von Warzenfortsatzerkrankungen bei Diabetikern. Im Prinzip erklärt er sich für die Vornahme derselben, außer wenn quantitative Aceton- und Ammoniakbestimmungen ein drohendes Koma anzeigen. Zur Verminderung der Narkosegefahr für den diabetischen Allgemeinzustand empfiehlt er Naunyn's Vorschlag, vor und nach der Operation stets reichliche Dosen Natrium bicarbonicum zu verabfolgen.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

35) **M. Wassermann.** Über die kosmetische Behandlung von Sattelnasen mit Vaselininjektionen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 3.)

In der Münchener Klinik wurden in 5 Fällen von teils angeborener, teils infolge von Lues oder Trauma erworbener Sattelnase die Gersuny'schen Injektionen von Vaselinum purissimum album mit stets zufriedenstellendem Resultat angewendet. Das Vaselin hatte einen Schmelzpunkt von 40° C., wurde in offener Porzellanschale sterilisiert, bis nahe an die Erstarrungsgrenze abgekühlt und unter antiseptischen Kautelen mit einer gewöhnlichen Pravazspritze in das Unterhautzellgewebe injiziert. Vorausgeschickt wurde eine Infiltration mit einer 1%igen Cocainlösung. Das durchschnittlich angewandte Quantum Vaselin betrug 2—3 ccm. In einem 6. Falle kam es zu partieller Gangrän der Nasenrückenhaut. Diesen Mißerfolg legt W. hauptsächlich der vorherigen Injektion von Cocain zur Last und möchte aus diesem Grunde, sowie deswegen, weil nach seinen Erfahrungen die Cocaininfiltration den Widerstand erhöht und eine genaue Beobachtung der Stelle unmöglich macht, bis zu welcher die Vaselinablagerung vorgedrungen ist, von einem Gebrauche der vorherigen Cocaininjektion abraten.

Zu empfehlen sei ferner, zur Verhütung größerer Gewebsschädigung durch Kompression, besonders bei geringer Verschieblichkeit der Haut auf der Unterlage, auf einmal keine zu große Mengen Vaselin einzuspritzen, sondern die nötige Injektionsmasse auf mehrere Sitzungen zu verteilen.

Blauel (Tübingen).

36) **Teweles.** Ein Fall von Struma der Zungenwurzel.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 8.)

13jähriges Mädchen, das seit 4 Jahren mit hohler gequetschter Stimme mit nasalem Beiklang spricht und nachts schnarcht, weist auf der Zungenwurzel eine scharf abgegrenzte, kugelige, ziemlich derbe elastische Geschwulst von 5 cm Durchmesser und glatter Oberfläche auf. Dieselbe sitzt mit breiter Basis dem Zungengrunde auf. Es besteht zwischen ihr, den seitlichen Rachenwänden und dem Gaumensegel ein schmaler Spalt, die Epiglottis ist etwas nach hinten niedergedrückt. Schilddrüse von normaler Größe und Beschaffenheit.

Die von Gersuny vor der Operation gestellte Diagnose auf Zungenstruma wurde bestätigt. Die Zunge wurde weit vorgezogen, was anfangs schwer gelang. Nachdem die Geschwulst mit einem plötzlichen Ruck über den harten Gaumen gekommen war, ließ sich die Zunge unschwer so fixieren, daß der Kropf dicht hinter den Zahnreihen lag. Hierdurch waren die die Geschwulst versorgenden Gefäße derart komprimiert, daß von einer Präventivtracheotomie Abstand genommen wurde. Die Basis der Geschwulst wurde mit einem starken Seidenfaden umstochen, die Schleimhaut über ihr quer durchtrennt, die Geschwulst enucleiert und die Schleimhautränder durch Naht wieder vereinigt. Sehr geringer Blutverlust. Nach 3 Tagen war die anfänglich bedeutende Schwellung wieder zurückgegangen.

Das mikroskopische Bild war das einer echten Struma.

Es sind bislang 18 derartige Fälle beschrieben. **Hübener** (Dresden).



37) W. Kassel. Zur operativen Behandlung der angeborenen Gaumenspalte mit besonderer Rücksicht auf die funktionellen Erfolge.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.)

Bei 40 in der Breslauer Klinik operierten Fällen von angeborener Gaumenspalte wurden folgende Resultate erzielt:

Es wurden lückenlos geheilt 25 Fälle, fast geheilt 5 Fälle, nicht geheilt 4 Fälle.

Bezüglich des funktionellen Resultates ergaben sich folgende Zahlen:

Die Sprache wurde sehr gut 8mal, gut 8mal, sehr verbessert 10mal, wenig verbessert 9mal, nicht verbessert 4mal. Die Operation am harten Gaumen wurde in typischer Weise nach v. Langenbeck, bei der Operation am weichen Gaumen die Abmeißelung des Hamulus nach Billroth vorgenommen. Es wurde womöglich immer einseitig operiert. K. empfiehlt, die Operation im Alter zwischen 2 und 4 Jahren auszuführen.

Blauel (Tübingen).

38) N. Damianos und Alfred Hermann. Tödliche Nachblutung nach Tonsillotomie. Bildung eines umschriebenen Gasabszesses nach subkutaner Gelatineinjektion.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 9.)

Der Überschrift wäre noch hinzuzufügen, daß es sich um einen 23jährigen Pat. handelte, der laut Anamnese zumindest eine Neigung zu Hämophilie besaß. Einige Stunden nachdem von privater Seite die Tonsillotomie mit dem Fahnestock'schen Tonsillotom ausgeführt war, wurde Pat. wegen starker Nachblutung auf die v. Mosetig-Moorhof'sche Abteilung aufgenommen. Wie die Obduktion ergab, war die Mandel vollständig entfernt, so daß der Schnitt in die Ebene der äußeren Tonsillarkapsel fiel, wo die Stämmchen der Tonsillararterien noch ungeteilt verlaufen und bei einer Verletzung besonders ungünstige Verhältnisse für die Blutstillung bieten.

Eine eingehende Darlegung der anatomisch-topographischen Verhältnisse und kritische Besprechung der in den letzten 60 Jahren publizierten 150 derartiger Fälle (73 Literaturnummern) macht die Mittheilung besonders instruktiv.

Hübener (Dresden).

39) G. B. Wood. Anomalous position of the common carotid, visible in the pharynx.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. September.)

Gelegentlich einer Nasen-Rachenuntersuchung fand sich bei einem 5jährigen Mädchen, abgesehen von einer Rhinitis atrophicans, an der rechten hinteren Rachenwand ein bleistiftdickes, pulsierendes Gefäß.

Um welche Arterie es sich handelt, kann natürlich nur vermutet werden. Es kann sein: a. eine Vergrößerung der verlagerten Carotis int. bei Fehlen der Carotis ext.; b. eine abnorm starke Pharyngea ascendens, welche kompensatorisch die fehlende Carotis ext. ersetzt.

Da die Temporalis jedoch gut ausgebildet ist, muß auch eine Carotis ext. vorhanden sein. Verf. kommt deshalb unter Berücksichtigung der anatomischen Lehrbücher von Morris, Quain, Deaver zu der Ansicht, daß das Gefäß eine Fortsetzung des gemeinsamen Carotidenstammes nach oben darstelle.

An die klinische Bedeutung dieser Gefäßanomalie, an die Gefahren bei gleichzeitigen Retropharyngeal- und Tonsillarabszessen in derartigen Fällen wird erinnert.

Bender (Leipzig).

40) Harmer. Klinik der Ösophagoskopie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. Nr. 35 u. 36.)

In der vorliegenden Mitteilung ist das Material der Chiari'schen Klinik verarbeitet, das sich in einem 10monatlichen Zeitraum auf 50 Fälle beläuft.

Es gelangen ausschließlich die geraden Rohre von v. Mikulicz zur Anwendung; der Gebrauch von gegliederten (Stoerk, Kelling) wurde fallen gelassen, da die Einführung der letzteren eine »viel schwierigere und kompliziertere, auch gefahrvollere ist, wie die des geraden starren Rohres und in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen überhaupt nicht gelingt«. Nach H. mag zugegeben werden, daß zuweilen das gegliederte Instrument von Kelling da eingeführt werden kann, wo das gerade versagt (Gottstein), doch trat dieses Ereignis bei den 50 Chiari'schen Fällen niemals ein. Die Einführung des Rohres geschieht immer in sitzender Stellung des Pat. bei starker Rückwärtsbeugung des Kopfes, die Untersuchung in Rückenlage. Zum Ansaugen größerer Flüssigkeitsmengen dient die Killian'sche Speichelpumpe, als Beleuchtungsapparat auch hier das Leiter'sche Panelektroskop; doch kommt man im Notfall mit einem Stirnglühlämpchen oder Stirnreflektor und Auerlicht aus. Wenn möglich, soll die Untersuchung am nüchternen Pat. ausgeführt werden und eine Cocainisierung (20 %) der Aryknorpel und beider Sinus pyriformes vorangehen. Andere Gegenden zu bepinseln ist überflüssig.

Jeder ösophagoskopischen Untersuchung geht eine solche mit möglichst dicken (Blei-) Sonden vorauf.

Von den 50 Kranken kamen wegen Fremdkörpern 23, wegen Karzinom 11, wegen Narbenstriktur 5, wegen Verletzungen 3, wegen anderer Erkrankung 4 zur Untersuchung; in 4 Fällen war keine bestimmte Diagnose zu stellen.

A. Fremdkörper. Von den 23 Fällen wurde in 13 wirklich ein Fremdkörper gefunden, 6mal in der normalen Speiseröhre, 7mal in Strikturen steckend, darunter auffallenderweise keinmal ein Gebiß.

B. Verletzungen. In allen 3 Fällen handelte es sich nur um unbedeutende und folgenlose Erosionen und Risse von herabgeglittenen Fremdkörpern.

C. Karzinom. Verschiedenartige Bilder, in 3 Fällen war nur eine starre Wandinfiltration, keine Geschwulst, kein Geschwür nachzuweisen. In den anderen 8 Fällen, 2mal durch Probeexzision bestätigt, sicherstellender Befund. In einem Falle wurde nach geringfügiger Verletzung der Ösophaguswand ein Hautemphysem erzeugt, das am Tage nach der Untersuchung auftrat und die linke Gesichts- und Halsseite einnahm.

D. Alle 5 Fälle von Narbenstrikturen waren durch Laugenverätzung entstanden. Der Zweck der Ösophagoskopie, die Ursachen der erschwerten Bougiebehandlung aufzuklären, wurde nicht in allen Fällen erreicht.

E. 3 Fälle, die in das Gebiet der motorischen Neurosen (Kardiospasmus, Ösophagospasmus) gehören. Ein Fall, in welchem eine Divertikelbildung im untersten Speiseröhrenabschnitt oder im Magen angenommen werden mußte.

F. Unaufgeklärte 4 Fälle. Vielleicht handelte es sich bei einem um Narbenstriktur nach ulcerösen Prozessen, in einem zweiten um beginnendes Karzinom.

Hübener (Dresden).

41) J. Marsh. Congenital absence of the entire oesophagus with report of a case.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. August.)

Vollständiges Fehlen der Speiseröhre ist einschließlich vorliegenden Falles nur 5mal beobachtet worden. Die Diagnose ist stets leicht: bei dem ersten Nährversuch treten Erstickungsanfälle, Cyanose, Husten, Entleerung der Milch durch Nase und Mund auf. Dieser Vorgang wiederholt sich bei jedem neuen Versuch; bald hören Darmperistaltik und Urinsekretion auf, der Tod erfolgt durch Entkräftung oder Schluckpneumonie, wie auch in diesem Falle.

Sektion: das obere Ende der Speiseröhre endigte blind am oberen Brustbeinrand, das untere am Zwerchfell; dazwischen fanden sich in Ausdehnung von 2 Zoll nur fibröse Stränge.

Nährklystiere, event. Gastrostomie können versucht werden.

Bender (Leipzig).



42) Carl v. Eicken. Ein Sarkom der Speiseröhre.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 380.)

Leidensgeschichte eines 39jährigen Arztes, der, nachdem er monatelang teils Karlsbader und Homburger Mineralwasser, teils starke Kochsalzauflösungen zu sich genommen hatte, zunächst an Nasenbluten und Unterleibskolikschmerzen, dann aber auch an Schmerzen in der Speiseröhre beim Schlucken erkrankte. Prof. Kilian (Freiburg) fand im November 1901 beim Sondieren der Speiseröhre einen leicht zu überwindenden Widerstand ca. 36 cm von der Zahnreihe, woselbst der Sitz der Schmerzen und eine pseudomembranartige, ulcerierte, leicht blutende Bildung zu sehen war. Es folgte im Dezember Fieber, Salivation nebst großen Schluckbeschwerden, Schmerzen, Schlaflosigkeit. Vorübergehende Besserung bei Rektalernährung. Eiterentleerungen mit Erleichterungssymptomen ließen an einen Abszeß denken; Flüssigkeiten konnten zeitweise gut geschluckt werden. Dann wieder Stenosenerscheinungen, hohes Fieber, erneute putride Eiterabgänge, sowie Auswürgung nekrotischer Gewebsfetzen und blutigen Eiters im Januar und Februar, auch reine Blutungen per os. Dem allgemeinen Verfall durch unzulängliche Ernährung konnte die von Kraske noch vorgenommene Gastrostomie nicht abhelfen, und erfolgte der Tod Ende Februar. Die Sektion zeigte in der Speiseröhre 20 bis 23 cm vom Rachen eine vorgeschrittene Phlegmone zwischen Mukosa und Muskularis, ein faustgroßes Blutcoagulum enthaltend, und die hierdurch weit abgehobene Schleimhaut durch ein talergroßes und mehrere kleine Löcher perforiert. Als Ausgangspunkt fand man bei der mikroskopischen Untersuchung des gehärteten Präparates ganz unerwartet ein mischzelliges Sarkom zwischen Mukosa und Muskularis, welches makroskopisch als ein Einschiebsel zwischen genannten Schichten von markiger Beschaffenheit und weißlicher Farbe sichtbar gewesen war.

Die Speiseröhrensarkome sind recht selten, bislang nur in 13 Fällen, mit denen v. E. den seinigen vergleicht, beobachtet. Zwei mikroskopische Abbildungen und ein Literaturverzeichnis von 12 Nummern sind v. E.'s Arbeit beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

43) L. Teleky. Beiträge zur mechanischen und medikamentösen (Thiosinamin-) Behandlung der narbigen Speiseröhrenverengerungen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 8.)

Auf Veranlassung von Alexander Fraenkel hat Verf. an 3 Fällen von narbiger Ösophagusstenose mit günstigstem Erfolge sich der narbenauflockernden Wirkung des Thiosinamins bedient. Es wurden subkutane Injektionen unter die Rückenhaut vorgenommen, und zwar alle 2—3 Tage bei Erwachsenen 5—10, bei Kindern 2—3 Teilstriche einer 15%igen Thiosinaminlösung injiziert. Die an sich nicht bedeutenden Schmerzen verschwinden in wenigen Minuten.

1) Im ersten Falle handelte es sich um eine 31jährige Frau mit einer 25 Jahre bestehenden ziemlich hochgradigen Narbenstriktur der Speiseröhre. Pat. erhielt, nachdem sie 3/4 Jahr erfolglos bougiert war, 10 Injektionen. Während der Injektionsbehandlung wurde nicht bougiert. Völlige Heilung. Die ösophagoskopische Untersuchung ergab, daß an Stelle der vorher konstatierten Narbe ein elastischer Ring saß. Die Speiseröhrenwand war an dieser Stelle nicht mehr gelblich wie früher, sondern grauröttlich gefärbt. Seit der Heilung sind 2 Jahre verflossen.

2) Knabe von 28 Monaten mit 6 Monate alter Striktur erhält 6 Injektionen ohne Bougierung. Danach passiert Bougie Nr. 21 (12 1/3 mm).

3) Bei einem 3 1/2jährigen Knaben, dessen Erkrankung erst 8 Wochen gedauert hatte, trat anfangs erhebliche Besserung ein (nach 5 Injektionen), doch verschlechterte sich bei weiterer Injektion der Zustand wieder, so daß mit der Thiosinaminbehandlung ausgesetzt und mit Gastrostomie und v. Eiselsberg'schem konischen Schlauch fortgefahren wurde.

Es wirkt das Thiosinamin am besten auf ältere und konsolidierte Narben ein; dieselben werden gelockert und erweicht. Dabei muß man sich indessen vor Augen

halten, daß das Präparat nicht selbst die Narben dehnt, sondern sie dehnbar und elastisch macht. Bei den Ösophagusstenosen bewirkt dies der herabgleitende Bissen. Jüngere Narben werden zwar auch zunächst gelockert, doch bei weiterer Anwendung zum Anschwellen gebracht, ganz junge Narben brechen unter der Einwirkung auch geringer Thiosinaminmengen wieder auf. Einen derartigen Fall erlebte Verf., als man bei einem 12 Tage zuvor gastrostomierten Manne unter dem günstigen Eindrucke des ersterwähnten Falles eine einzige Thiosinamininjektion gemacht hatte. Einige Stunden danach begann die Auflösung der jungen Narbe an der Gastrostomiestelle, so daß die Fistel inkontinent wurde. Tod an Pneumonie. Es hatte sich die untere Hälfte der Magenwand von der Bauchwand abgelöst.

Da die Thiosinaminwirkung sich unterschiedbar auf alle Narben des Körpers erstreckt, so ist Vorsicht geboten besonders hinsichtlich noch nicht lange vernarbter tuberkulöser Prozesse und bösartiger Geschwülste, da durch die Berstung der Lymphbahnen Metastasenbildung herbeigeführt werden kann.

Hübener (Dresden).

44) E. Monnier. Über Fremdkörper in den Luftwegen und die Bedeutung der Bronchoskopie bei solchen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 3.)

M. berichtet über 9 Beobachtungen von Fremdkörpern in den Luftwegen aus der Züricher Klinik. Es wurde 4mal die Tracheotomie mit Extraktion ausgeführt, einmal erfolgte die Expektoration spontan nach Ausführung des Luftröhrenschnittes, 2mal war auch nach Tracheotomie keine Extraktion möglich. Einmal wurde die Bronchoscopia inferior und einmal die Thorakotomie mit Erfolg ausgeführt.

3 Todesfälle waren zu verzeichnen; 2mal wurden dieselben durch Pneumonie, einmal durch Mediastinitis purulenta verschuldet.

Verf. bespricht die verschiedenen zur Anwendung gekommenen und die sonst noch in der Literatur empfohlenen Methoden zur Entfernung von Fremdkörpern aus den Luftwegen nach ihrer Brauchbarkeit. Die Bronchoskopie, die jüngste der Behandlungsmethoden, wird die anderen schweren Eingriffe immer mehr verdrängen. Für den Nichtspezialisten ist die Bronchoscopia inferior wegen ihrer leichteren Ausführung, die keine großen Ansprüche an die Technik macht, mehr zu empfehlen, als die obere Bronchoskopie. **Blauel** (Tübingen).

45) v. Hacker. Kontinuitätsresektion der Trachea und circuläre Naht.

(Aus der wissenschaftl. Ärztegesellschaft in Innsbruck. Sitzung v. 26. Okt. 1901.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 32.)

Das bei einem 21jährigen Manne, der eine hochgradige Narbenstriktur (nur für eine feine Knopfsonde durchgängig) infolge einer Verletzung besaß, angewandte Verfahren führte nach Heilung einer kleinen durch Durchschneiden einer Naht entstandenen Fistel in 6 Wochen zur völligen Heilung, so daß Pat. schwere Feldarbeit zu verrichten imstande ist. **Hübener** (Dresden).

46) Treupel (Freiburg i/Br.). Operative Behandlung gewisser Lungenerkrankungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 40.)

In dem mitgeteilten Falle eines 9jährigen Knaben, bei dem sich seit dem 4. Lebensjahre, vielleicht im Anschluß an eine Fremdkörperaspiration, eine umschriebene Verdichtung nicht tuberkulöser Natur und beginnende Schrumpfung mit Bronchiektasie im linken Unterlappen ausgebildet hatte, wurde, da der fade riechende eiterige Auswurf (frei von Tuberkelbazillen, reichlich Bakterium coli und Streptokokken), besonders in Bauchlage des Pat. in ziemlich großer Menge entleert, einem umschriebenen Herde zu entstammen schien, operativ vorgegangen. Resektion der 9.—7. Rippe links hinten; Pleurae ausgedehnt verwachsen; Probe-

punktionen ergebnislos. Einige Zeit später Thermokauterpunktur nach aufgetretenem Fieber und Einführung eines Gazestreifens in den Luft ausstoßenden Kanal. Nach 3 Tagen entleerte sich aus diesem Schleim und Eiter, der aus einer bronchiektatischen Höhle herrührte, worauf die Expektoration aufhörte. Allmählicher Schluß der Lungenfistel in 7 Wochen; Pat. sehr erholt; Heilung.

Kramer (Glogau).

47) **W. K. Trofimow.** Zur Kasuistik der primären Rippengeschwülste.

(Chirurgie 1902. August. [Russisch.])

Der 60 Jahre alte Landmann bemerkte die Geschwulst vor 1 Jahre. Links zwischen Axillar- und Skapularlinie eine 10×6×5 große Geschwulst, die von der 8. Rippe ausging und die 7. und 9. ergriffen hatte. Haut unverändert. Bei der Operation zeigte sie sich mit der Lunge verwachsen und wurde mit einer 1,5 bis 2 cm dicken Schicht des Lungengewebes entfernt; unten mußte auch ein Stück aus dem Zwerchfell entfernt werden, doch ohne Eröffnung des Bauchfelles. Die Pleuraeröffnung rief keine Störung in der Respiration und im Blutkreislauf hervor. Lungenblutung gering. Naht der Lungenpleura sowie der Pleura parietalis. Zuerst Symptome von Reizung der Pleura, Verschlimmerung der vor der Operation bestehenden Bronchitis. Am 4. Tage schwand der Pneumothorax. Nach 8 Monaten kein Rezidiv. Die Geschwulst erwies sich als Melanosarkom, unabhängig von Haut und Lunge, also primär in der Rippe entstanden. Der Fall wurde von Zöge von Manteuffel in Dorpat operiert. **Gückel** (Kondal, Saratow).

48) **J. J. Clarke.** A note on a painful condition of the twelfth pair of ribs.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 1.)

C. fand bei einem 17jährigen Dienstmädchen eine Vergrößerung der normalen Krümmung der Wirbelsäule. Diese vergrößerte Verkrümmung war fixiert, und änderte sich das Bild im Liegen nicht. Zugleich bestand beiderseits deutliche Hervortreibung der 12. Rippe, auf welche die Kleider drückten und heftigen Schmerz hervorriefen. Letzterer wurde dadurch dauernd beseitigt, daß von dem freien Ende jeder 12. Rippe ein aus Knorpel und Knochen bestehendes Stück resesiert wurde. **Herhold** (Altona).

49) **P. Stewart.** Case of paralysis of the cervical sympathetic.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 200.)

Verwundung eines Soldaten durch ein Mausergewehrgeschoß. Einschuß links im Nacken dicht hinter dem Warzenfortsatze, Ausschuß im 7. rechten Zwischenrippenraume in der Achsellinie. Folgen: Vorübergehende Hämoptoë und Lähmung des rechten Armes. Zurückblieben dauernd: Verengerung der rechten Lidspalte und der rechten Pupille, halbseitige Anhidrosis rechts im Gesicht, im Nacken und am oberen Brustteile bis zur 3. Rippe (Verletzung des Sympathicus).

Herhold (Altona).

50) **F. Treves.** Remarks on the surgical treatment of arteriovenous aneurysm.

(Brit. med. journ. 1902. Mai 10.)

T. berichtet über 4 einschlägige Fälle, welche alle die Folge von Verletzungen mit kleinkalibrigen Geschossen waren. 2mal handelte es sich um einen Varix aneurysmaticus, eine direkte Kommunikation zwischen Arterie und Vene, 2mal um ein Aneurysma varicosum, bei welchem die Kommunikation mittels eines Sackes statthatte.

Die Mortalität des Aneurysma arterio-venosum ist nicht annähernd so hoch als wenn die Arteria allein an der Sackbildung beteiligt ist. Gangrän ist selten und eine Ruptur ungewöhnlich. Indessen führt das Aneurysma arterio-venosum zu sehr starken funktionellen Störungen und Beschwerden, was namentlich dann sehr ausgesprochen erscheint, wenn die untere Extremität befallen ist. Das Idealheilverfahren besteht darin, Arterie und Vene oberhalb und unterhalb der Kommunikation zu unterbinden. Das ist indessen nicht immer durchführbar, aber auch

nach weniger vollständigen Operationen ist oftmals eine Heilung bezw. erhebliche Besserung der Symptome zu verzeichnen.

Das Aneurysma varicosum hatte einmal seinen Sitz an der Art. und V. femoralis am Ausgange des Hunter'schen Kanals, das andere Mal waren die Gefäße an der Teilungsstelle der A. poplitea verletzt. Im ersten Falle wurde die Arterie ober- und unterhalb der Kommunikationsstelle unterbunden, die Vene nur auf der proximalen Seite, der Kranke genas vollkommen. Im zweiten Falle bestand eine Kommunikation zwischen der Art. tibialis postica einerseits und Vena tibialis postica und antica andererseits. Art. und Ven. tibialis postica wurde ober- und unterhalb der Verbindungsöffnung unterbunden, ebenso die V. tibialis antica, doch verursachte es Schwierigkeiten, das distale Ende des Gefäßes zu finden. Auch hier war die Heilung eine völlige.

Ein Varix aneurysmaticus entwickelte sich im Anschluß an eine Gefäßverletzung an der Abgangsstelle der Art. profunda femoris. Die Art. femoralis wurde ober- und unterhalb des Abganges der Art. profunda unterbunden, wodurch die Pulsation in dem Gefäßkonvolut sofort schwand. Die A. profunda konnte wegen der äußerst stark erweiterten Venen nicht zu Gesicht gebracht werden. Die Venen wurden sämtlich geschont. Anfänglich waren alle Symptome behoben, doch kehrte 3 Wochen nach der Operation über einer kleinen Gefäßpartie das Sausen und Schwirren wieder, ohne daß die Besserung der Funktion dadurch beeinträchtigt worden wäre.

Bei dem 4. Falle handelte es sich um eine Verletzung des Halses. Das Geschoß war oberhalb des rechten Kieferwinkels eingetreten, hatte den Mundboden durchschlagen, ohne daß der Unterkiefer frakturiert worden wäre, und war schließlich an der 2. linken Rippe ausgetreten. Schon in der Nacht nach der Verletzung wurde der Verwundete durch ein starkes Geräusch gestört, und dadurch die Gefäßverletzung schon 24 Stunden später manifest. 8 Monate später bestand eine sehr beträchtliche Ausdehnung der Vena jugularis externa. Ein schwammiges pulsierendes Gebilde, offenbar aus dilatierten Venen bestehend, fand sich über dem Kieferwinkel. Die rechte Gesichtshälfte war blaurot verfärbt. Es bestanden lebhafte Kopfschmerzen, Neuralgien in der rechten Gesichtshälfte, sowie Schwindelgefühl. Starkes Ohrensausen nahm beim Liegen zu und raubte dem Kranken den Schlaf. 9 Monate nach der Verletzung wurde der Mann operiert, die Teilungsstelle der Carotis wurde freigelegt. Die Gefäßkommunikation konnte nicht aufgefunden werden. Durch Unterbindung der A. carotis externa, thyreoidea sup. und facialis wurde die Pulsation in dem erweiterten Venenbündel aufgehoben, und eine Zeitlang war der Kranke von seinen Beschwerden befreit. Allmählich kehrten die Symptome jedoch wieder, und 5 Monate nach der Operation waren wieder alle Anzeichen eines Aneurysma arterio-venosum vorhanden. Bei der abermaligen Operation wurde hinter dem Kieferwinkel ein Bündel stark dilatierter Venen gefunden. Der Sitz der Verletzung war nicht zu finden, konnte ohne Kieferresektion nicht zugänglich gemacht werden. Letztere erschien wegen der Blutung zu gefährlich, und deshalb begnügte sich T. damit, die Blutzufuhr nach Möglichkeit abzuschneiden durch Unterbindung der A. carotis externa proximal vom Ursprung der A. maxillaris interna, der A. temporalis, occipitalis und lingualis. Darauf schwanden die Symptome bis auf eine geringe Venenerweiterung am Kieferwinkel und am Orbitalrande vollständig. **Weiss** (Düsseldorf).

Berichtigung.

Herr Dr. de Quervain bittet die Redaktion im Einverständnis mit Herrn Prof. Kocher zu bemerken, daß der auf p. 38 des Zentralblattes vom 10. Januar erwähnte Fall nicht, wie dort irrtümlich angegeben ist, ihm, sondern Herrn Prof. Graser angehört, der seinerzeit selber darüber in Nr. 47 d. Zentralblattes 1902 p. 1216 berichtet hat. Die Redaktion.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. Sonnabend, den 7. Februar. 1903.

Zur Frage der Sauerstoff-Chloroform-Narkose.

Von

Dr. C. Lauenstein,

Oberarzt des Hafenkrankenhauses, dirig. Arzt der chirurg. Abteilung der Diakonissen- und Heilanstalt Bethesda zu Hamburg.

Seit vorigem Sommer verwenden wir im Hafenkrankenhause die Sauerstoff-Chloroform-Narkose mittels des Apparates von **Dräger-Roth,** bewogen durch die bis dahin vorliegenden günstigen Mitteilungen über dieses Verfahren. Wir verhehlten uns von vornherein freilich nicht, daß, wenn wirklich der Sauerstoff belebende Eigenschaften besitzt, seine Anwendung zusammen mit dem Chloroform vielleicht die betäubende Wirkung desselben hemmen würde. Es ist mir auch nach unseren bisherigen Erfahrungen noch nicht sicher erwiesen, ob nicht doch eine hemmende Wirkung von dem in dieser Weise applizierten Sauerstoff ausgeht. Denn trotz der so überaus genauen Dosierung des zugeführten Chloroforms, wie man sie mit

diesem Apparate erreichen kann, haben wir nicht bemerkt, daß die Narkose rascher als mit der einfachen Tropfmethode eintritt. Wir hielten es aber doch, wie gesagt, für angezeigt, auf Grund der vorliegenden Empfehlungen, unsere Patienten im Hafenkrankenhause, unter denen viele Alkoholisten sind, der möglichen Vorteile dieser neuen Anwendung des Chloroforms teilhaftig werden zu lassen.

Jedoch bin ich in meiner Tätigkeit in der chirurgischen Abteilung von Bethesda, wo ich vorwiegend Frauen behandle, bei der einfachen Tropfmethode geblieben. So habe ich durch einige Monate hindurch täglich beide Anwendungsarten unmittelbar miteinander vergleichen können. Es sind in beiden Hospitälern je etwa 120 Narkosen in demselben Zeitraume vorgekommen. In beiden ist ein Todesfall nicht zu verzeichnen gewesen. Auch schwerere Störungen der Narkose sind weder hüben noch drüben vorgekommen. Es hat sich bei der Dräger-Roth'schen Anwendungsweise im Hafenkrankenhause als zweckmäßig erwiesen, daß der Chloroformeur Maske und Tropfglas nicht zu halten braucht, und daß er seine ganze Aufmerksamkeit dem Pulse, den Veränderungen der Pupillen und der Respiration zuwenden kann. Die sichere Dosierung des zugeführten Chloroforms wurde ferner als Annehmlichkeit empfunden. Die Metallmaske erwies sich insofern als praktisch, als sie bei Operationen im Gesicht und am Kopfe weniger stört, als die Stoffmaske, und daß für Operationen am Munde die Form der Nasenmaske günstig ist. Daß die Maske sicher sterilisiert werden kann, muß ebenfalls als Vorteil hervorgehoben werden. Auch erschien das »Respirationsplättchen« zur Kontrolle der Atmung als zweckmäßig.

Als ein Nachteil der Maske muß genannt werden, daß sie dem Kranken das Zählen nicht gestattet, und daß man daher nicht so präzise orientiert ist über die einzelnen Phasen des Schwindens des Bewußtseins. Doch ist man mit dem Ablauf der Chloroformnarkose ja so vertraut, daß ich auf diesen Punkt kein besonderes Gewicht legen möchte.

Als ein fernerer Nachteil sei hier genannt, daß die Maske manchmal drückt, eine Folge des starren Materials und der Notwendigkeit, sie möglichst genau dem Gesichte anzufügen. Dieser Mißstand würde sich jedoch leicht heben lassen durch Vorrätighalten mehrerer Modelle und durch eine Belegung des Randes mit geeignetem, anpassungsfähigem Material (Filz, Gummi etc.).

Nach der Veröffentlichung der vor wenigen Tagen erschienenen Arbeit von Dr. L. Michaelis: »Über die Chemie der Sauerstoff-Chloroform-Narkose[1]« haben wir jedoch aufgehört, unsere Kranken mit Hilfe des Dräger-Roth'schen Apparates zu narkotisieren, sind vielmehr im Hafenkrankenhause wieder zu der seit 22 Jahren geübten einfachen Tropfmethode zurückgekehrt.

---

[1] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. Hft. 1 u. 2.



Man könnte vielleicht sagen, daß eine einzige derartige Mitteilung noch nicht genügend sei, zum Ablassen von dieser neuen Methode, mit der bisher noch kein Unglück passiert ist, zu bestimmen. Aber ich meine doch, daß wir unter allen Umständen das Wohl unserer Kranken in erster Linie im Auge haben müssen und verpflichtet sind, sie auch vor möglichem Schaden zu bewahren. Es ist ein großes Vorrecht des Arztes, daß er den Kranken mit seiner Zustimmung narkotisieren darf, legt aber auf der anderen Seite eine große Verantwortung auf. Bei einem Unglücksfalle durch Chloroform ist eine der ersten Fragen, die der chloroformierende Arzt zu beantworten hat, die nach der Beschaffenheit des verabreichten Chloroforms.

Aus der Michaelis'schen Mitteilung geht unzweifelhaft, wenn auch vorbehaltlich der Bestätigung von anderer Seite, soviel hervor, daß das mit dem Dräger-Roth'schen Apparate dem Pat. zugeführte Chloroform je länger, desto mehr zersetzt wird. Wir halten uns danach nicht mehr für berechtigt, unsere Kranken mit diesem Apparate zu chloroformieren.

Man wird abwarten müssen, ob der in Aussicht gestellten Umgestaltung des Apparates Dräger-Roth, bei der das Chloroform tropfenweise in den Sauerstoffstrom fallen soll, nicht ebenfalls die Gefahr der Chloroformzersetzung anhaftet. Bis diese Frage endgiltig entschieden sein wird, erachten wir es für unsere Kranken für weniger riskant, ihnen mittels der einfachen Tropfmethode reines Chloroform, entsprechend der bisher bestehenden unabweislichen Forderung, zu verabreichen.

Wir sind der Meinung, daß nach der Michaelis'schen Mitteilung über die Einwirkung des Sauerstoffes auf das Chloroform es gleichfalls eine schwere Verantwortung für den Chirurgen einschließen würde, mit dem »Tropfapparat Dräger-Roth« zu narkotisieren. Mutatis mutandis besteht offenbar die Gefahr der Chloroformzersetzung für den Kranken unverändert fort. Das eine Mal wird der Sauerstoff durch das Chloroform geleitet, das andere Mal der Chloroformtropfen vom Sauerstoffstrome mitgerissen und verflüchtigt dem Kranken zugeführt. Soviel man einstweilen übersehen kann, liegt der Unterschied der Umgestaltung des Apparates zunächst nur darin, daß das in der Tropfflasche zurückbleibende Chloroform der Einwirkung des Sauerstoffes entzogen bleibt. Dies ist aber für die Frage der Gefährdung des Kranken durch zersetztes Chloroform ein ganz unwesentlicher Punkt.

Hamburg, 23. Dezember 1902.

---

1) **M. Goodridge.** Entrance of air into the veins, and its treatment.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. September.)

Auf der Thatsache fußend, daß der Tod bei Lufteintritt in Venen nicht durch primäre Stauungslähmung, sondern durch Ausdehnung des rechten Ventrikels durch Luftblasen eintritt, stellte sich Verf. die Aufgabe, die Luft wieder aus dem Herzen zu entfernen und so das Leben zu retten. Es gelang ihm, mehrere Hunde, welchen er Kochsalzlösung mit Luftblasen in größeren Mengen in die Schenkelvene injiziert hatte, dadurch am Leben zu erhalten, daß er mittels Spritze das mit Luft vermischte Blut aus dem rechten Ventrikel aussaugte; gleichzeitig wurde künstliche Atmung und Kochsalzinfusion angewendet.

Es wird empfohlen, diese Versuche in bedrohlichen Fällen am Menschen anzuwenden. Bei Verletzung einer Vene und Luftaspiration ist sofort Digitalkompression, darauf Anfüllen der Wunde mit Kochsalzlösung vorzunehmen; im Gefäß enthaltene Luftblasen steigen dann in der Lösung auf. Tritt jedoch stürmische Herzthätigkeit und krampfhafte Atmung ein, so soll im linken vierten Zwischenrippenraum, ein Zoll vom Brustbeinrande entfernt, eine Nadel nach oben und hinten in den rechten Ventrikel eingestochen und aspiriert werden; später Kochsalzinfusion, am besten in die V. basilica.

Bender (Leipzig).

---

2) **L. Talke.** Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der infektiösen Thrombose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Verf. prüft experimentell die Frage, welche Rolle die pathogenen Mikroorganismen bei in der Nähe von Gefäßwänden sich abspielenden Entzündungs- und Eiterungsprozessen ausüben. Speziell kam es darauf an, festzustellen, ob durch Anlegung eines Infektionsherdes in der Nähe einer Gefäßwand eine Thrombose sich in dem Gefäße erzielen ließ, und wie sich hierbei die pathogenen Mikroorganismen verhielten.

Es wurde bei Katzen, Hunden und Kaninchen insgesamt an 44 Gefäßen, 13 Arterien und 31 Venen, so verfahren, daß unter sorgfältiger Vermeidung irgend einer Schädigung der Gefäßwand und kleinerer abgehender Äste Bröckel von Staphylokokkenreinkulturen in der unmittelbaren Nähe der Gefäßwand deponiert wurden. Die Haut wurde genäht und dann nach gewissen Zeitabschnitten (9 bis 74 Stunden) der betreffende Gefäßabschnitt dem getöteten Tiere entnommen.

Die Resultate gestalteten sich folgendermaßen: 33mal wurde Thrombose beobachtet, 11mal blieb dieselbe aus. In 15 Thromben waren die im Experimente eingebrachten Kokken nachweisbar, in den übrigen 18 waren keine Kokken vorhanden. Es ließ sich mit

absoluter Sicherheit nachweisen, daß die jüngeren Thromben weit seltener schon Kokken enthielten als die älteren, bei denen das Vorhandensein bedeutend regelmäßiger konstatiert wurde.

Aus der Tatsache, daß Thrombenbildung vorhanden war, ohne daß Kokken sich in der Intima oder auch nur in der innersten Schicht der Media fanden, geht hervor, daß die Ursache der Thrombose nicht auf einer direkten Berührung der Bakterienleiber mit dem strömenden Blute beruht, sondern daß das Vorhandensein der Kokken erst indirekt, durch Hervorrufung entzündlicher Veränderungen, eine Thrombose bewirkt. **Blauel** (Tübingen).

---

3) **v. Baraçz.** Über die Aktinomykose des Menschen auf Grund eigener Beobachtungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

v. B. hat in 16 Jahren ein großes Material von Aktinomykosefällen — im ganzen 60 Pat. — beobachtet und darunter viele Fälle, welche zur Aufklärung der Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der Krankheit, sowie zur Morphologie des Strahlenpilzes interessante Beiträge liefern. Die Einteilung der ganzen äußerst lehrreichen Monographie ist eine sehr übersichtliche, die Fälle sind nach der Lokalisation voneinander abgetrennt. Was zunächst die Hals- und Kopfaktinomykose betrifft, so wird die Behauptung zurückgewiesen, daß kariöse Zähne als Eintrittspforte zu beschuldigen seien. Gelockertes Zahnfleisch und kariöse Zähne mögen allerdings das Eindringen des Pilzes in den Organismus begünstigen; doch ist die Mundschleimhaut selbst die Eintrittspforte, wie die Aktinomykose des Rindes beweist, bei welchem die Zähne immer gesund sind, die Mundschleimhaut dagegen mit dem kranken Knochen kommuniziert und oft Getreidegrannen enthält. Aber weiter beweisen auch 13 eigene Fälle vom Menschen, daß bei der Aktinomykose der Wange und des Halses der Strahlenpilz durch die buccale Schleimhaut mit pflanzlichen Fremdkörpern eindringt. Die Beteiligung des Knochens war stets eine sekundäre und kann eine periphere oder zentrale sein. Die letztere ist sehr selten und wird ihrerseits wieder in die durchbohrende Form und die Neubildungsform geschieden. Bei der Aktinomykose im Bereiche des Oberkiefers ist dieser selbst nie angegriffen im Gegensatze zu dem dabei häufig erkrankten Jochbogen. Die Halsaktinomykose ist stets die Fortsetzung des Leidens von der buccalen Schleimhaut. Erwähnt sei auch die Beobachtung eines seltenen Falles von Lippenaktinomykose mit klar zutage tretender Ätiologie. Die Inkubationsdauer des Leidens beträgt zwei bis mehrere Wochen, manchmal auch mehrere Monate. Bei der Therapie der Halsaktinomykose ist erwähnt, daß die Zahnextraktion meistenteils entbehrlich ist, und daß die Fälle auch ohne diesen Eingriff heilten. Warm empfohlen wird die lokale Behandlung mittels parenchymatöser Einspritzungen von Jodtinktur und 20%iger Höllensteinlösung.

Diese unblutige Therapie eignet sich besonders dort, wo es sich um den kosmetischen Effekt handelt, wo die Pat. auf Operationen sich nicht einlassen wollen und ferner als Hilfsmittel für die Nachbehandlung nach chirurgischen Eingriffen. Über innerliche Jodkalidarreichung hat v. B. wenig und keine gute Erfahrung.

Die Zungenaktinomykose tritt in Gestalt von erbsen- bis haselnußgroßen Knötchen auf, welche scharf vom übrigen Zungenparenchym getrennt sind. Oft kommt sie auch in Form eines diffusen Abszesses zum Vorschein und macht Schling- und Sprachstörungen. Die Infektionsweise ist ebenfalls diejenige durch Getreidepartikel. Differentialdiagnostisch kommt Gumma, Abszeß, Glossitis phlegmonosa und Karzinom in Betracht. Die Therapie kann in einfacheren Maßnahmen, wie Inzision und Auskratzung, aber auch in Keilexzision und halbseitiger Zungenamputation bestehen, je nach Lage des Falles. Meist wird man mit den einfacheren Maßnahmen auskommen.

Bei der Lungenaktinomykose kann die Infektion auf 2 Wegen erfolgen, entweder von der Speiseröhre her als sekundäre Lungenerkrankung, oder durch Aspiration von der Luft durch die Bronchien als primäre Lungenaktinomykose; in beiden Fällen jedoch vermitteln pflanzliche Fremdkörper die Infektion, und zwar am häufigsten Getreidegrannen. Nach Karewski unterscheidet man 3 Stadien der Lungenaktinomykose. Im 1. Stadium entstehen peribronchitische und pneumonische Herde, die unter nekrotischer Einschmelzung größere und kleinere Herde bilden. Das 2. Stadium äußert sich durch das Fortschreiten des Prozesses auf die Lungenoberfläche. Retrecissement und pleurale Exsudate sind die Hauptmerkmale dieser Periode. Im 3. Stadium kommt es zum Aufbruche der Schwellungen der Brustwand, welche sich unterdessen gebildet haben, und zu Abszessen und Fisteln. Das Bild der chronischen Septikopyämie beschließt endlich die Krankheit. Die Diagnose kann sehr schwierig sein, besonders in der ersten Zeit. Das Fehlen der Tuberkelbazillen, das Auffinden von Aktinomyces im Auswurfe leiten event. auf die richtige Spur. Die Entstehung des primären Herdes in der Speiseröhre kann häufig verborgen bleiben, da er keine Beschwerden macht und bei Sektionen oft schon längst verheilt sein kann. Verwechslungen sind möglich mit Sarkomen, Osteosarkomen der Schulterblätter, der Rippen, des Brustbeines, mit Lungenkarzinom und Echinokokkuscysten, ferner auch mit spondylitischen Prozessen. Die Prognose ist die traurigste von allen Lokalisationen des Strahlenpilzes, welcher hier fast immer so lebenswichtige Organe einnimmt, daß von chirurgischer Behandlung meist keine Rede sein kann. Nach der heutigen Erfahrung wäre die Lungenaktinomykose nur symptomatisch zu behandeln. Nur beim Fortschreiten des Leidens auf den Brustkorb wären kleinere oder größere Eingriffe angezeigt, je nach dem Sitze und der Erreichbarkeit der Herde. Roborantien, innere Darreichung von Jodkali und Gebirgsaufenthalt sind event. zu empfehlen. Viel-

leicht darf man sich auch von intravenösen Einspritzungen von Argentum colloidale Credé und von einer energischen Schmierkur mit der 15%igen Silbersalbe desselben Autors Erfolg versprechen, da diese Mittel bei einer Reihe anderer Infektionsprozesse dem Verf. schon gute Dienste geleistet haben.

Die Darmaktinomykose bietet einen äußerst chronischen entzündlichen Prozeß dar, welcher einerseits mit reichlicher Gewebsneubildung, andererseits mit reichlicher Gewebseinschmelzung einhergeht. Zunächst lokalisiert sich die Erkrankung auf der Schleimhaut, es bilden sich dann knotenförmige muköse und submuköse Herde, die zur Ulceration führen; erst später gelangt der Prozeß auf die Serosa; in anderen Fällen durchwandert der Pilz die Darmwand und erreicht frühzeitig das Bauchfell. Ob die Infektion auch vom Urogenitalapparate oder von den Bauchdecken aus erfolgen kann, ist zweifelhaft. Klinisch unterscheidet man 3 Stadien der Unterleibsaktinomykose, das latent verlaufende Initialstadium, das Stadium der Geschwulstbildung und das der Fistelbildung. Meist kommen die Pat. erst in dem letzteren zur Behandlung. Die Ausbreitung der Krankheit geschieht entweder durch die Blutbahn oder per continuitatem. Leber, Nieren, Lungen können metastatisch erkranken, so daß manche Fälle unter dem Bilde der chronischen Pyämie verlaufen. Große Eingriffe mit Darmresektionen sind zu verwerfen, da die Bloßlegung der erweichten Herde ohne Anrühren der Geschwülste und die Behandlung mit antiseptischen Mitteln völlig zur Heilung ausreichen. Die Operationen müssen in sehr vielen Fällen wiederholt werden, da oft Rezidive auftreten. Jodkali beeinflußt die Bauchaktinomykose nur wenig. Bei tiefer gelegenen Herden wären parenchymatöse Einspritzungen von Jodtinktur, Höllensteinlösungen oder anderen Silberpräparaten angezeigt.

Was die Eigenart des Pilzes betrifft, so gehören die keulenartigen Gebilde nicht zu dem integralen Bestandteil desselben. Sie müssen als Degenerationsformen betrachtet werden und bilden sich meist im späteren Stadium der Krankheit. Die zuweilen mit den typischen dünnen Fäden vorkommenden dicken, dornkranzartigen Fäden gegehören wahrscheinlich zum Pilzverbande und sind wohl auch Degenerationsformen, keine andere Bakterienart. Die Übertragbarkeit der Aktinomykose vom Menschen auf den Menschen oder das Tier und umgekehrt darf als ausgeschlossen angesehen werden. Prophylaktisch dürfte der Kontakt mit getrockneten Getreidegrannen, Stroh, das längere Verweilen in Räumen, wo staubförmig zerteilte Getreide oder Strohpartikel die Luft überfüllen, gemieden werden. Event. müssen in solchen Räumen Respiratoren Anwendung finden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

4) **W. Hirt.** Über nervöse Irradiationen im Gebiete der Harnorgane.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 40.)

H. bespricht die Fernwirkungen, welche von anderen Organen auf die Harnwege ohne nachweisbare anatomische Veränderungen in diesen ausgeübt werden, sowie diejenigen, welche die erkrankten Harnorgane auf die gesunden übrigen Organe des Körpers hervorrufen. Aus der ersteren Gruppe seien nur erwähnt, die Harnverhaltung nach operativen Eingriffen am Mastdarm, am Peritoneum, an den unteren Gliedmaßen etc., nach Erkältungen. Von größerer Bedeutung sind die von den Harnorganen selbst ausgehenden Fernwirkungen, weil die Verkennung dieses Zusammenhanges zu diagnostischen und prognostischen Irrtümern führen kann. Hierher gehören u. a. die bei Harnleiden zu beobachtenden Verdauungsbeschwerden, das Erbrechen, die reflektorische, krampfhafte, einseitige Kontraktion der Bauchdecken bei Harnleiter- und Nierenerkrankung (Stein, Eiterung etc.), die von einem Harnorgane auf das andere ausgehenden Fernwirkungen sensibler, motorischer und vasomotorischer Art. H. erinnert hierbei besonders an die bei Nierentuberkulose beobachteten Blasensymptome (die gesteigerte Miktionshäufigkeit, die Schmerzen beim Wasserlassen, das Harnträufeln, zumal zur Nachtzeit und bei weiblichen Kranken, die am Schlusse der Miktion auftretenden Blutungen), die bei entzündlichen Nierenerkrankungen und bei Nierenverletzungen vorhandenen Schmerzausstrahlungen auf die anderen Harnorgane, und weist ferner auf die von den Harnleitern, der Blase, Prostata, Harnröhre ausgehenden Irradiationen hin.

Kramer (Glogau).

---

5) **F. Taussig.** Über die postoperative Harnverhaltung und deren Folgen. (Aus dem k. k. Kaiserin Elisabeth-Krankenhause in Wien.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 40.)

Die Mitteilungen T.'s betreffen die nach gynäkologischen Operationen auftretende Harnverhaltung, welche Verf. bei den Totalexstirpationen des Uterus auf die mehr oder weniger ausgedehnte Ablösung der Blase von ihrer Umgebung und die ausgiebige Entfernung der Parametrien zurückführt, in denen dem Plexus vesicalis angehörende Ganglien und Nerven liegen. Er weist sodann darauf hin, daß die bei solcher Harnverhaltung leicht auftretende Cystitis nicht nur durch den Katheterismus, sondern auch durch Eindringen von Bakterien vom Darme oder der vaginalen Wundhöhle in die Blase bedingt sein kann; in einem derartigen Falle, in welchem nicht katheterisirt worden war, wurden allein Kolibakterien gefunden.

Für die Behandlung der Cystitis erwiesen sich antiseptische Blasenspülungen als am besten; Urotropin half nicht immer und fast nie bei den mit reichlichem Eiter- und Epithelzellensediment einher-

gehenden schweren Formen. Im allgemeinen war der Verlauf ein günstiger.

Kramer (Glogau).

6) **v. Frisch.** Adrenalin in der urologischen Praxis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 31.)

Dem Verf. bewährte sich eine Injektion von 100—150 ccm einer Adrenalinlösung von 1 : 10000, die 3—4 Minuten in der Blase belassen wurde, bei der cystoskopischen Untersuchung solcher Fälle von Hämaturie, in welchen durch die vorbereitenden Blasenspülungen die Blutungen immer aufs neue angeregt werden. Die Blutung stand entweder völlig oder war so gering, daß durch folgende Ausspülung die Klärung des Blaseninhaltes leicht gelang.

Bei der Operation von Blasengeschwülsten durch Sectio alta genügte eine mehrmalige Betupfung der Geschwülste und deren Umgebung durch eine 1‰ige Lösung mittels eines Wattebäuschchens vollständig, um die Geschwulstexstirpation in dem anämischen Gewebe fast ganz ohne Blutverlust ausführen zu können. Doch empfiehlt sich eine sorgfältige Verschorfung, wenn man die Schleimhautdefekte nicht durch Naht schließen kann oder will, und überdies Tamponade der Blase. Bei endoskopischer Abtragung von Blasenpapillomen genügte die Blasenfüllung mit Adrenalin 1 : 10000.

Die Applikation weniger Tropfen der 1‰igen Lösung genügte durch Abschwellung der Schleimhaut schwierige enge Strikturen für die Sonde leichter durchgängig zu machen. Dasselbe (1—3 ccm) erleichtert den Katheterismus bei Prostatahypertrophie.

Endlich erwähnt v. F. die günstige Wirkung des Mittels bei 3 Fällen von akuter kompletter Harnverhaltung bei Prostatahypertrophie (der ersten Retention bei Prostatikern der ersten Periode). Nach Injektion von 2 ccm 1 : 1000 konnten die betr. Pat. bereits einige Minuten später wenn auch nur geringe Mengen spontan entleeren. Unter fortgesetzter Injektion nahm die spontan entleerte Menge schneller zu als sonst.

Das Präparat ist die von der Firma Parke, Davis & Co. in den Handel gebrachte Lösung (Adrenal. hydrochloric. 0,1, Natr. chlorat. 0,7, Chloreton 0,5, Aqua dest. 100,0).

Hübener (Dresden).

7) **G. A. Jastrebow.** Zur Frage von den Veränderungen im Bau der Prostata und der Blase bei Greisen und über die anatomische Ursache der in diesem Alter oft beobachteten Harnbeschwerden.

Diss., St. Petersburg, 1901. 120 S. (Russisch.)

Untersuchung an 50 Leichen. Die Prostata verfällt im Alter meist der Atrophie, und nur in der Minderzahl der Fälle der Hypertrophie; letztere wird meist in höherem Alter (nach 65 Jahren) angetroffen. Diese Hypertrophie ist unabhängig von der Arteriosklerose

im Gefäßsystem des Organismus; sie steht auch, entgegen Motz, in keiner Beziehung zur Größe der Hoden. Mikroskopisch findet man in der Prostata Hypertrophie des Bindegewebes und Atrophie des Drüsengewebes, Degeneration und Atrophie der elastischen Fasern; auch in der Blase atrophieren die Muskel- und die elastischen Fasern. Dank dieser Atrophie werden die Kapillaren und Venen dilatiert, was zu Blutstauung führt, und dadurch zu dysurischen Erscheinungen. Letztere werden durch Schwäche der Blasenmuskulatur hervorgerufen. Diese Harnretention wirkt äußerst ungünstig auf die Funktion der Blase, besonders bei alten Individuen, deren Regenerationsvermögen sehr geschwächt ist.

Die Literatur wird in 90 Nummern angeführt.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

8) **T. Rovsing.** Die Behandlung der Prostatahypertrophie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

In scharfer Kritik, doch in durchaus wohltuender Art geht Verf. dem einseitigen Spezialistentum zu Leibe, welches gerade auf dem Gebiete der Behandlung von Prostatahypertrophien heute die, morgen jene Operation mit energischer Reklame als Alleinheilmittel preist, anstatt die Vorzüge und Mängel der verschiedenen Verfahren gegeneinander abzuwägen und mit Sachkenntnis Indikation und Bedingung jeder Methode abzugrenzen. Er kann diejenigen nicht verstehen, welche sich als Anhänger der Katheterisationsbehandlung oder der Vasektomie, der Bottini'schen Operation oder der Poncet-schen Cystostomie erklären und jeweils die betreffende Methode für die einzig richtige halten. Für R. existiert nur die Frage, unter welchen Umständen jede dieser Methoden angewendet werden soll.

Was die zahllosen Theorien über das Wesen der Prostatahypertrophie betrifft, so ist zunächst die Guyon'sche Anschauung, daß eine arteriosklerotische Veränderung der Blasenwandung Ursache der Urinretention ist, zurückzuweisen, da man in vielen Fällen absolut keine sklerotischen Gefäßveränderungen in der Harnblase gefunden hat. Auf der anderen Seite muß freilich zugegeben werden, daß solche arteriosklerotischen Prozesse vorkommen und daß sie die Retention zu einem inoperablen Leiden machen, selbst wenn es gelingen sollte, die Prostatahypertrophie zu beseitigen oder zu mindern. Auch die von Ciechanowski vertretene Ansicht, daß die Prostatahypertrophie durch Gonorrhoe verursacht werde, lehnt R. ab. Denn da das Leiden wahrscheinlich eine Hyperplasie des Drüsengewebes darstelle, so liege es auf der Hand, daß die durch einen chronischen gonorrhoischen Prozeß destruierten und atrophierten Drüsen nicht wieder hyperplastisch werden könnten. So erkläre es sich sogar, daß Prostatiker meist gerade keine Gonorrhoe durchgemacht hatten. Die Ursache der Prostatahypertrophie glaubt Verf. in einer anderen Richtung suchen zu müssen. Die Vorsteherdrüse hat nach Fürbringer ein Sekret zu liefern, das die Spermatozoen lebensfähig erhält. Wenn

nun mit Eintritt einer senilen Degeneration dieses so wichtige Sekret minderwertig wird, so versucht vielleicht die Natur durch quantitative Steigerung der Sekretion die herabgesetzte Qualität zu kompensieren. Die Hyperplasie wäre alsdann ein rein reflektorischer Vorgang.

In dem zweiten umfangreicheren Teile der Arbeit finden die einzelnen therapeutischen Maßnahmen eine ausführliche Besprechung. Verf. weiß für alle Methoden ziemlich bestimmte Indikationen festzustellen. Bei einem Pat., welcher noch unbehandelt ist und der an einer mittelstarken partiellen Retention leidet, oder der den ersten Anfall totaler Retention erlebt, soll man keineswegs immer gleich mit einer Operation kommen. Der Versuch einer regulären Katheterbehandlung ist hier dringend geboten; denn in einer ganz großen Zahl von Fällen wird Pat. dadurch auf Jahre hinaus wieder hergestellt. Auch bei einem neuen Anfalle von Retention können die Kranken durch eine rechtzeitige Katheterisation auf lange hinaus beschwerdefrei bleiben. Bei Männern ohne totale Anurie mit großen Mengen Residualharn ist die Vasektomie oder event. eine Prostatektomie anzuraten, da hier die Katheterbehandlung nicht zum Ziele führt und leicht zu starker Infektion Veranlassung gibt. Bei Kranken, bei welchen Totalretention und Cystitis besteht und die Katheterisation Blutungen, Schüttelfröste und Temperatursteigerungen im Gefolge hat, ist die Cystostomie mit gleichzeitiger oder sekundärer Vasektomie vorzunehmen. Später kann man die Fistel wieder schließen. Bei der Bottini'schen Operation hat R. mancherlei Unannehmlichkeiten erlebt. Bei 2 Pat. trat eine späte arterielle oder venöse Blutung ein, welche den einen Kranken an den Rand des Grabes brachte. Vor diesen Späthämorrhagien kann man sich im Gegensatze zu den vermeidbaren Blutungen bei dem Eingriffe selbst gar nicht schützen. Ein Pat. erlag einer septischen Phlegmone, und bei der Obduktion zeigte sich, daß die linke Inzision auf der äußeren Kante des Prostatalappens an dieser Stelle eine Perforation bewirkt hatte. Darum kann Verf. nicht mit so leichtem Sinne wie Freudenberg zu der Operation raten. Die Heilungsverhältnisse einer Bottini'schen Wunde scheinen ihm noch gar nicht recht studiert zu sein. Seine Ansicht geht auf Grund näher beschriebener Erwägungen dahin, daß in den Fällen, wo der Verlauf nach Bottini vollständig glatt ist, wo der Harn nach wenigen Tagen normal und das Wasserlassen schmerzfrei wird, die Kauterisation sehr wenig wirksam gewesen ist und keinen wirklich klaffenden Defekt in dem Mittellappen gebildet hat. Der augenblickliche gute Erfolg ist dann vielleicht durch die Irritation bei der Kauterisation der Schleimhaut und durch die dadurch hervorgerufene heftigere Kontraktion der Blase bewirkt.

Wo alle Versuche mißlingen, ein natürliches Urinieren zu bewerkstelligen, sei es durch Vasektomie, Kastration, Bottini oder Prostatektomie, hat man die Wahl zwischen Cystotomie und regel-

mäßiger Katheterisation. Die letztere zieht R. bei wohlhabenden intelligenten Pat. vor, die erstere bei Mitgliedern der arbeitenden Klasse und in allen Fällen, wo die Katheterisation Schwierigkeiten bereitet, den Kranken oft mißlingt und Blutung resp. Infektionsgefahr bedingt. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

9) **C. Hoffmann** (Köln-Kalk). Zur Frage der Blasennaht nach Sectio alta.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 43.)

H. empfiehlt auf Grund eines Falles die systematische Vorbehandlung bestehender sekundärer Cystitis durch Bettruhe, Salol etc. vor Ausführung der Sectio alta, um auf diese Weise günstige Verhältnisse für die Blasennaht zu schaffen und primäre Heilung der Blasenwunde zu erreichen. Die Vorbehandlung ist natürlich zwecklos, wenn die entzündlichen Erscheinungen die Ursache z. B. von Steinbildung sind; in solchen Fällen darf die Blasennaht überhaupt nicht in Betracht kommen, ist die Blasendrainage angezeigt. Bezüglich der Methode der Blasennaht spricht sich H., wenn er auch die Vorzüge der Fixation der Harnblase an die vordere Bauchwand anerkennt, zu Gunsten der gewöhnlichen zweietagigen Naht mit Ausstopfung der Bauchwandwunde aus. **Kramer** (Glogau).

10) **N. W. Altuchow.** Die topographische Lage der Harnleiter.

(Chirurgie 1902. November. [Russisch.])

Ausführliche Schilderung der anatomischen Verhältnisse, durch 8 Photogramme veranschaulicht. A. bringt die Resultate zahlreicher Messungen. Die Einzelheiten sind für ein Referat ungeeignet. Hinzuweisen wäre hier auf eine für den Chirurgen praktisch wichtige Methode zum Auffinden des Harnleiters. A. suchte lange nach einem konstanten Verhältnis zwischen irgend einem Beckenmaße und der Entfernung des Harnleiters von einem bestimmten Punkte. Endlich fand er, daß die Entfernungen vom Tuberculum pubicum bis zur Spina ilei ant. sup. und bis zur Flexura marginalis des Harnleiters vollständig gleich sind. Man braucht also nur mit einem Zirkel oder einem Meßband die Entfernung zwischen Spina ilei sup. ant. und Tuberculum pubicum auszumessen und dieses Maß von letzterem Punkte an den Vasa iliaca abzulegen, um genau die Lage des Harnleiters an diesen Gefäßen zu erfahren.

Gückel (Kondal, Saratow).

11) **Klemperer.** Die Behandlung der Nierensteinkrankheit.

(Therapie der Gegenwart 1902. Nr. 12.)

Nach Hinweis auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Nierensteinkoliken und Koliken, bedingt durch andere

Nierenaffektionen, wie Tuberkulose, Karzinom, Entzündung etc. oder durch Gallensteine empfiehlt Verf. im akuten Anfalle zunächst lokale Hitzeanwendung und Morphiuminjektion, bei Versagen dieser Mittel reichliche Flüssigkeitszufuhr, die bisweilen durch reflektorische Harnleiterkontraktionen einen Stein zutage fördern kann. Von inneren Mitteln hat Verf. keine Erfolge gesehen, auch nicht von dem neuerdings empfohlenen Glycerin. Wenigstens schreibt er die mit Glycerindarreichung erzielten Erfolge nicht dem Glycerin als solchem zu, da er in den betr. Fällen keine Zunahme der Viskosität des Harns finden konnte. Empfehlenswert dagegen seien mechanische Maßnahmen, und zwar die Streichung der Harnleiter und die Erschütterung der Nierengegend, durch die Verf. gute Resultate erzielt hat. Für einen chirurgischen Eingriff läßt K. nur zwei Indikationen gelten: totale Anurie und akut einsetzende Pyämie. Ob Dauer und Intensität der Schmerzen ein Operationsgrund sind, hängt von besonderen, individuellen Verhältnissen ab. Auch bei Blutungen braucht man nicht gleich zum Messer zu greifen. Bei eitriger Pyelitis infolge von Calculosis tut man wohl seine Pflicht, wenn man zur Operation rät, obwohl auch hier der Stein spontan abgehen kann und Komplikationen nicht aufzutreten brauchen.

Zur Vermeidung von Rezidiven spielt die Regelung der Ernährung eine große Rolle. **Silberberg** (Breslau).

---

12) E. Ullmann. Experimentelle Nierentransplantation.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 11.)

In vorliegender Arbeit berichtet U., daß es ihm gelungen ist, an Hunden die eine Niere in toto an den Hals zu transplantieren, wobei nicht nur die Lebensfähigkeit derselben, sondern auch ihre physiologische Funktion erhalten blieb.

Die Ausführung geschah folgendermaßen: Am Halse werden Carotis und Jugularis freigelegt, peripher unterbunden und zentralwärts mit armiertem Schieber abgeklemmt. Die Gefäße werden durchschnitten und zur Gefäßvereinigung nach Payr präpariert. Dieselben werden durch kleine Magnesiumröhren, deren eine Hälfte glatt ist, während die andere zwei Nuten trägt, durchgezogen und umgekrempelt. Während die zentrale nutlose Hälfte mit einer Pinzette gehalten wird, wird das Gefäß mittels einer Ligatur an die zentralwärts liegende Nute gebunden. Nach Exstirpation der Niere, wobei der Harnleiter eine Strecke weit frei präpariert und dann durchschnitten wurde und die Gefäße möglichst nahe an den großen Gefäßen einfach unterbunden und durchtrennt wurden, wird dieselbe in eine feuchte sterile Kompresse gelegt. Am Halse wird nun die V. renalis über die Jugularis gezogen und mit einer Ligatur an der peripherwärts liegenden Nute befestigt. Das Gleiche geschieht mit der A. renalis über die Carotis. Entfernung der Schieber zuerst von der Vene, dann von der Arterie. Sofort kommt das Blut durch die Niere, und bald danach ging Urin durch den Harnleiter ab. Nach

Nischenbildung für die Niere durch Abpräparieren der Muskeln vom Unterhautzellgewebe wurde die Niere eingenäht und die Haut bis auf die Harnleitermündung geschlossen. — Alfred Exner hat schon früher, aber ohne Erfolg, Nierentransplantationen versucht. Die Versuche, die im Institut von Exner ausgeführt wurden, litten noch an dem Fehler, daß der Abgang von Urin aus der Fistel nur 5 Tage zu sehen war. Dann schwoll der Harnleiter (Kratzen der Hunde) sehr an, oder es zieht sich der Kanal in die Wunde hinein, aus welcher der Urin dann — nicht tropfenweise wie aus dem Harnleiter — herausfließt.

Weitere Versuche (Transplantation der Niere von einem Hunde auf den anderen oder von einer anderen Tierspezies) werden in Aussicht gestellt.

In der Sitzung vom 27. Juni 1902 der k. k. Gesellschaft der Ärzte stellte U. eine Ziege vor, welcher die Niere eines Hundes in die Halsgegend eingepflanzt war. Auch gelang es, die Nierentransplantation von einem Hunde auf den anderen vorzunehmen.

Hübener (Dresden).

---

13) v. Büngner. Über die Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1.)

Verf. empfiehlt, an Stelle des bisher üblichen Verfahrens, in jedem Falle von männlicher Genitaltuberkulose die hohe Kastration auszuführen, wie er sie bereits vor 9 Jahren als seine Methode der Kastration mit Evulsion des Vas deferens bekannt gab. Das Wesentliche dieser Methode besteht darin, daß das Vas deferens von den übrigen Gebilden des Samenstranges exakt isoliert und stetig soweit vorgezogen wird, bis es abreißt. Die übrige Operation stimmt mit der tiefen Kastration überein.

Zur ausschließlichen Bevorzugung dieser Methode wird v. B. veranlaßt durch die Überzeugung, daß die Tuberkulose des Samenleiters gewöhnlich vom Nebenhoden aus in aufsteigender Richtung sich verbreitet, eine Ansicht, wie sie neuerdings von v. Bruns und v. Baumgarten klinisch und experimentell am entschiedensten ausgesprochen worden sei.

Als Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung dienen für v. B. die Ergebnisse der histologischen Untersuchung von 13 Fällen von Genitaltuberkulose. Bei dem einen Teile derselben, welche eine kontinuierliche Samengangstuberkulose aufwiesen, ließ sich deutlich eine nach oben abnehmende Intensität der Erkrankung wahrnehmen, bei dem anderen Teile mit diskontinuierlicher Erkrankung lehrte die mikroskopische Untersuchung, daß die dem Nebenhoden zunächst gelegenen Knoten die vorgeschrittensten Veränderungen zeigten, und daß die weiteren Knoten schrittweise mit der Entfernung vom Nebenhoden immer jüngere Stadien der histologischen Tuberkulose aufwiesen.

Für diejenigen Fälle von Genitaltuberkulose, bei welchen auch die hohe Kastration nicht alles Kranke entfernen kann, weil noch oberhalb der Trennungsstelle des Vas deferens Herde sitzen oder gar der ganze Traktus erkrankt ist, empfiehlt v. B., an Stelle der operativen Entfernung aller erkrankten Teile zunächst die intrakanalikuläre Jodoform-Glycerininjektion des männlichen Genitaltraktus vorzunehmen. Dieselbe wird so ausgeführt, daß das Vas deferens, nachdem es auf 2 Fingern aufgehoben und angespannt ist, seitlich eingestochen und dann die Kanüle einer 5 g-Spritze, genau der axialen Lichtung entsprechend, vorsichtig eine kurze Strecke weit vorgeschoben wird. In der Regel werden aufwärts 3—4 g, nach abwärts 1—2 g des Inhaltes der Spritze injiziert. Verf. hatte bisher Gelegenheit, an 3 Fällen diese Injektion mit sehr gutem Erfolge auszuführen. Mit derselben läßt sich dann noch sehr gut die hohe Kastration verbinden.

v. B. faßt seine Ausführungen dahin zusammen, daß er zur Radikalbehandlung der auf den Hoden und die Hodenhälfte des Samenleiters beschränkten Tuberkulose die hohe Kastration, zur Behandlung der über den ganzen Genitaltraktus einschließlich der Samenblase und der Prostata verbreiteten Tuberkulose in erster Linie zuerst die intrakanalikuläre Jodoform-Glycerininjektion allein oder in Verbindung mit der hohen Kastration und erst in zweiter Linie die operative Ausrottung des Genitaltraktus einer Seite auf der ganzen Länge seines Verlaufes empfiehlt.

Blauel (Tübingen).

---

14) **S. Rolando** (Genua). Degli effetti sul testicolo dell' incisione e dell' escisione della vaginale parietale.

(Clinica chir. 1902. Nr. 1 u. 2.)

R. setzte es sich zur Aufgabe, zu untersuchen, welchen Veränderungen das Hodengewebe und die Hodenfunktion nach der Incision der Tunica vaginalis propria und nach der totalen Exstirpation derselben unterliegen. Die Experimente wurden an großen Hunden ausgeführt; die »Incision« bestand in der Längseröffnung der Tunica, Vorstülpen des Hodens und Abreiben des parietalen und visceralen Blattes der Tunica mit einer 3%igen Karbollösung; dann Naht, Verband. Die Excision war eine totale, dann Naht, Verband. R. zieht folgende Schlüsse aus seinen zahlreichen Experimenten: 1) Die Incision ergiebt stets die Verlötung der beiden Blätter der Tunica. 2) Die Hodenkanälchen erleiden Veränderungen des Epithels, wodurch die Spermatogenese vollständig aufhört. 3) Diese beginnt wieder nach Ablauf von etwa 3 Monaten im Zentrum der Drüse. 4) Nach 5 Monaten ist die Funktion wieder hergestellt. 5) Der Nebenhoden bleibt unberührt von den Veränderungen. 6) Die Excision erzeugt im Hoden die gleichen histologisch nachweisbaren Veränderungen. 7) Diese sind nach 5 Monaten wieder vollständig

überwunden. 8) Der Nebenhoden bleibt intakt. 9) Bei Eiterungen sind die Alterationen unvergleichlich stärker.

J. Sternberg (Wien).

15) **M. Oni.** Des opérations conservatrices dans la cure de l'inversion utérine puerpérale ancienne.

(Ann. de gyn. 1902. April.)

In der vorstehenden Arbeit bespricht O. die verschiedenen operativen Methoden bei der Behandlung der chronischen, irreponiblen Uterusinversion auf Grund der bisherigen Erfahrungen.

Mittels Laparotomie wurden 13 Pat. behandelt, hiervon starben 2 an der Operation, 1 im Anschluß an die Reduktion und 4 boten Mißerfolge, was einer Mortalität von 15,3% und 30,47% Mißerfolgen entspricht.

Auf vaginalem Wege wurde bisher nach 5 verschiedenen Methoden operiert.

Die einfache Inzision des Collum uteri genügt in den wenigsten Fällen oder führt bei gewaltsamen Reduktionsversuchen zu Zerreißungen des uterinen Gewebes, die üble Folgen haben können.

Auch die einfache Spaltung des Uterus mit Schonung des Collum uteri gibt nur in 50% der Fälle Erfolge.

Das beste Verfahren ist die vollständige Spaltung des Uterus und des Collum, die entweder vorn oder hinten vorgenommen werden kann: Kolpohysterotomia anterior und posterior. Hierüber liegen bisher 13 Beobachtungen vor mit 12 Erfolgen = 92,33%. O. hält diese Methoden für die gegebenen, wenn die manuellen Repositionsversuche erfolglos bleiben. Er bevorzugt die Kolpohysterotomia anterior, weil nach der posterior Retrodeviationen des Uterus später beobachtet worden sind. Auch soll die anterior leichter auszuführen sein. Ihr einziger Nachteil besteht in der Gefahr einer Blasenverletzung, die aber bei einiger Vorsicht leicht vermieden werden kann. Von den bisher Operierten sind 2 wieder gravid geworden, eine mit normaler Geburt zu rechter Zeit, eine mit Abort im 3. Monate. Die von O. empfohlene Operation ist zuerst von Spinelli im Jahre 1899 beschrieben worden.

Jaffé (Hamburg).

---

16) **Mackenrodt** (Berlin). Über die Radikaloperation bei Carcinoma uteri et recti.

(Vortrag in der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie am 27. Juni 1902.)

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLVIII. Hft. 1.)

Obwohl die Untersuchung der bei Carcinoma uteri entfernten Beckendrüsen ergeben hat, daß die sicheren Karzinomherde in den Drüsen nicht so häufig sind, als man nach den Befunden von v. Rosthorn (57%) annehmen müßte, tritt M. nach wie vor für die praktische, möglichst gründliche Drüsenausräumung ein, umso-

mehr, als er Gelegenheit hat, eine Pat. mit Drüsenrezidiv vorzustellen, bei welcher vor 6 Jahren Uterus und Scheide wegen Portiokarzinom durch Igniexstirpation entfernt worden waren. Nach 6jähriger Rezidivfreiheit ist auch heute noch das Beckenbindegewebe weich und unverdächtig, und doch besteht eine äußere und innere Leistendrüsengeschwulst. Die von ihm »radikal« (»mit Drüsenausräumung«) operierten Pat. sind bisher alle noch rezidivfrei. M. entfernt daher nach wie vor bei Carcinoma uteri das Beckenbindegewebe und die gesamten Drüsen bis an die Aorta, ev. unter Mitnahme der Gefäßscheide vermittels seiner bekannten hypogastrischen Methode, tamponiert sodann die seitliche Beckenhöhle aus und leitet den Tampon seitlich vom Rektusrande heraus. — Er operiert bei weitgehendster Indikation selbst dekrepide Kranke. Von den letzten 11 derartig Operierten starb nur eine an den Folgen eines schweren Herzfehlers.

Sein Operationsverfahren: »Die hypogastrische Methode«, wobei die Bauchhöhle durch den vorn abgeschobenen und hinten provisorisch fixierten Bauchfell-Lappen vom Operationsgebiet abgeschlossen wird, gestattet als einziges die »radikale« Entfernung hochsitzender Mastdarmkarzinome mit paraproktalem Gewebe und Drüsen und mit der schon infizierten Gebärmutter nebst Scheide. Ein nach dieser Methode entferntes Mastdarmkarzinom beweist demonstrativ die Richtigkeit der M.'schen Behauptung.

Kroemer (Gießen).

---

17) **L. R. Krewer.** Über Chorionepithelioma.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 42 u. 43.)

K. beschreibt 2 typische Fälle dieser Neubildung, die mit Hirnmetastasen aufgenommen wurden (Hemiplegie). Bei der ersten Pat. (33 Jahre alt) entwickelte sie sich wahrscheinlich nach frühem Abort, bei der zweiten (29jährigen) nach Blasenmole. Ausführliche Krankengeschichte und Sektionsbefund. Schlußsätze: Das Chorionepitheliom ist eine bösartige Neubildung, die sich aus dem Epithel der Placentazotten entwickelt und aus zwei Zelltypen besteht, welche physiologisch dieses Epithel bilden. Diese Zellen ähneln (nach Moissejew) schon physiologisch den Zellen lokal bösartiger Geschwülste und werden allgemein bösartig, wenn ihr Wachstum die Decidua serotina überschreitet. Die gegenwärtige Lage der Zellen in der Geschwulst entspricht der Lage in den Placentazotten. Sie behalten auch in der Geschwulst die Fähigkeit, die Wand der Blutgefäße zu usurieren, nur in ausgedehnterem Maße; daher die reichlichen Blutungen. Die Metastasen bilden sich auf dem Blutwege.

Gückel (Kondal, Saratow).



Kleinere Mitteilungen.

Zur Technik der »Sondierung ohne Ende« bei Speiseröhrenverengerungen.

Von

Prof. v. **Hacker** in Innsbruck.

Ziemlich allgemein in Verwendung steht heute zur Dilatation schwererer Ösophagusstrikturen das von mir 1885 angegebene Verfahren der Sondierung ohne Ende mittels Drainröhren von allmählich steigendem Kaliber, die in etwas ausgezogenem Zustande mittels des vom Munde zur Fistel oder umgekehrt geleiteten Fadens in der einen oder anderen Richtung durch die Striktur nachgezogen und dort zeitweise liegen gelassen werden. Ich halte die Bezeichnung »Sondierung ohne Ende« für richtiger, als die öfters auch dafür gebrauchte der »retrograden Sondierung oder Dilatation«, erstens, da dabei die Durchführung der Drains, wenn auch häufig, doch nicht immer auf dem retrograden Wege stattfindet, ferner da, wenn dies auch der Fall ist, die Sondierung und Dilatation auf diesem Wege doch nur mit Hilfe des bereits durchgeführten Fadens, also durch das Prinzip der Sondierung ohne Ende, ermöglicht ist.

Bei der praktischen Durchführung des Verfahrens ergeben sich, je nach den Verhältnissen des betreffenden Falles, sowie nach der Vorliebe der einzelnen Chirurgen, untergeordnete Abweichungen 1) in der Art, in welcher der Faden vom Munde zur Fistel oder umgekehrt durchgeleitet wird, sowie 2) darin, wie man die Abstufung zwischen den aufsteigenden Drainnummern vermeidet.

Was zunächst die Durchführung des Fadens vom Munde zur Magenfistel (oder umgekehrt) betrifft, wird in der Regel das Socin'sche Verfahren, den gastrostomierten Pat. ein an einen feinen Seidenfaden gebundenes, feines Schrotkorn schlucken zu lassen, ganz besonders empfohlen, selbst für Fälle sonst impermeabler Strikturen, so lange noch geringe Flüssigkeitsmengen die Speiseröhre passieren. Es ist ein eigentümlicher Zufall, daß dieses von anderen so sehr gerühmte Verfahren mir bisher nur in den allerseltensten Fällen gelang. Meine Pat., auch Erwachsene, brachten in der Regel das Verschlucken des Korns nicht zustande (dasselbe war bei dem schräg perforierten Reiskorn nach Guldenarm der Fall), während es in meinen Fällen meist mit der Zeit gelang, eine feine Darmsaite bis in den Magen zu führen und diese dann bei der Fistel herauszuleiten. In jüngster Zeit ist von Henle eine sehr sinnreiche Idee angegeben worden, des im Magen befindlichen Socin'schen Kornes habhaft zu werden, da auch das oft eine Geduldprobe darstellt. Er läßt statt des Schrotkornes ein Eisenkügelchen (bezw. mehrere an den Faden gereihte) verschlucken und führt von der Magenfistel einen magnetisch gemachten sondenförmigen Eisenstab ein, um die Kügelchen damit zu angeln. Ich habe in einem gegenwärtig in Behandlung befindlichen Falle, da der erwachsene Kranke selbst nie den Faden mit dem Kügelchen hinabbrachte, obwohl schon Darmsaiten von 4 mm Dicke passierten, das am Ende des Fadens gelegene Kügelchen, in dessen Zentrum das zugespitzte Ende eines feinen Fischbeinstabes eingesteckt worden war, bis in den Magen hinabgeführt, dann den Fischbeinstab (nachdem er etwa 47 cm von den Zähnen vorgeschoben worden war) durch eine Drehung freigemacht und zurückgezogen, wobei der miteingeführte Faden ruhig liegen blieb. Nachdem der Kranke Flüssigkeit getrunken hatte und noch zugewartet worden war, gelang es aber nicht, das Eisenkügelchen mit dem Magneten zu angeln. Allerdings war nur ein Kügelchen am Ende des Fadens angebunden gewesen und waren nicht mehrere auf dem Faden angereiht worden.

Ich bin in dem Falle aber in einer anderen Art zum Ziele gekommen, die ich hier mitteilen will, da es gewiß vorteilhaft ist, verschiedene brauchbare Verfahren



zur Verfügung zu haben. Es handelte sich mir darum, sicher zu sein, daß zu einer bestimmten Zeit ein längeres Fadenstück im Magen vorfindlich sei, um dasselbe von der Fistel aus zu erreichen oder herauszuschwemmen. Beim Henleschen Verfahren kommt es darauf an, den richtigen Moment zu erhaschen, in dem die Eisenkügelchen so im Magen gelagert sind, daß der Magnet in die nächste Nähe derselben oder in Berührung mit ihnen kommt. Der von mir eingehaltene Vorgang, der zur Voraussetzung hat, daß bereits eine Darmseite von 3—4 mm Diameter bis in den Magen einführbar sei, bestand in folgendem:

Ich nahm aus der Apotheke eine der dünnsten cylindrischen Gelatinehülsen von ca. 5 mm Diameter und 1—2 cm Länge (von denen 2 übereinander geschoben werden zu einer Kapsel, um darin enthaltene Medikamente verschlucken zu lassen). In dieselbe wurde zuerst ein etwa $^1/_2$ m langes Stück eines festen, dünnen Seidenfadens und sodann das Ende eines feinen Fischbeinstabes (oder einer steifen, dünnen Darmseite) eingeschoben (s. Fig. 1). Damit die Hülse mit dem Stabe in festerem Zusammenhange stehe und in ihrem Durchmesser noch kleiner werde, wurde sie der Länge nach vom freien Rande her eingeschnitten, hierauf wurden die Schnittränder durch seitlichen Druck etwas übereinander geschoben und außen darübergestrichene Gelatinelösung trocknen gelassen (so daß der Durchmesser jetzt

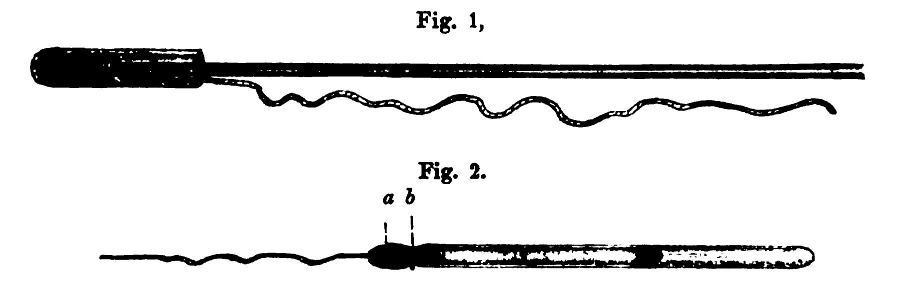


Fig. 1,

Fig. 2.

4 mm betrug). Nachdem zuerst eine bis zum Magen eingeführte etwas stärkere Darmsaite durch 10 Minuten in der Ösophagusstriktur gelegen hatte (wonach erfahrungsmäßig der Weg nach abwärts leicht zu passieren war) wurde sofort nach dem Herausziehen derselben dem Pat. der so armierte Fischbeinstab bis zum Magen eingeführt, und 5—10 Minuten später (damit die Gelatine im Magensafte gelöst sei), nach einer leichten Drehbewegung um seine Achse, langsam nach oben gezogen, ohne daß der miteingeführte Faden sich rührte. Als der Pat. sodann Wasser trank, wurde der Faden sofort von selbst (nach Lüftung des Stöpsels) aus dem in der Magenfistel liegenden Drainrohr herausgespült. Da bei jedesmaliger Wiederholung das immer in der gleichen Weise gelang, wie ich das auch in der Sitzung der wissenschaftlichen Ärztegesellschaft in Innsbruck vom 8. November 1902 demonstrierte, ersparte ich dem Pat. dann das für ihn lästige Liegenlassen des Fadens. Jeden oder jeden 2. Tag wird dieses Verfahren wiederholt, dann am Faden der Drain durch die Striktur gezogen, dort $^1/_2$ Stunde und länger im ausgezogenen Zustande liegen gelassen und dann wieder entfernt. Der Pat. ist dabei also nur kurze Zeit durch die Dilatation belästigt, sonst kann er sich vom Munde aus ernähren.

Es ist wohl kein Zweifel, daß gegenüber dem bisherigen Usus, den einmal durchgeführten Faden längere Zeit hindurch Tag und Nacht liegen zu lassen, wodurch die Pat. im Schlingen gehindert waren, meist nur Flüssiges nehmen konnten, vermehrte Speichelsekretion bekamen und bei Bewegungen, namentlich in der Nacht, sich leicht durch den Faden am weichen Gaumen, der Lippe und Wange etc. etwas verletzten, diese Art der Behandlung in den dafür geeigneten Fällen einen wesentlichen Fortschritt bedeutet.

Nachdem jetzt auch bei einem kleinen Mädchen der Klinik mit Laugenstriktur des Ösophagus der auf obige Weise in den Magen gebrachte Faden auf das erste

Mal nach dem Trinken von Flüssigkeit aus der Fistel geschwemmt wurde, ist wohl kaum anzunehmen, daß gerade nur in diesen beiden Fällen die lokalen Verhältnisse der Magenfistel besonders günstige gewesen seien. Es wird sich daher das Verfahren zu weiteren Versuchen empfehlen, wobei man ja künftig sich Gelatinehülsen von etwa noch dünnerem Kaliber eigens anfertigen lassen kann.

Bezüglich des zweiten Punktes, der Vermeidung der Stufenbildung, bin ich in der Regel so vorgegangen, daß ich am Faden zuerst einen dünnen, soliden Gummicylinder oder ein Drain dünnsten Kalibers in etwas ausgezogenem Zustande nachzog, dem dann immer stärkere Drains nachfolgten. Dabei wurde in das mit einer eingeführten Drain- oder Kornzange erweiterte Ende des dünneren Drains der nächst stärkere eingeschoben, um eine merkliche Abstufung zu vermeiden. (Gelingt es, die Enden ziemlich weit übereinander zu stecken, so genügt das allein, sonst bindet man außen einen Faden über die Einstülpungsstelle. v. Eiselsberg bedient sich zweckmäßig eines eigens angefertigten konischen Gummischlauches. Da jeder Schlauch beim Durchziehen gedehnt werden muß, so ist es auch bei diesem nicht die konische Form, sondern die Zusammenziehung des infolge der durchgeführten Sondierung ohne Ende gedehnten Schlauches auf seine ursprüngliche Dicke, die wesentlich auf die Strikturwand dilatierend wirkt, jedenfalls aber wird die Stufenbildung und das Vorhandensein weniger dehnbarer Stellen durch den konischen Schlauch in der vollkommensten Weise vermieden. Dennoch bin ich bei dem einfacheren, billigeren und allgemein anwendbaren Verfahren mit Drains, die jeder Chirurg immer in brauchbarem Zustande bei der Hand hat, geblieben. Da bei jeder Sitzung nur 2—3 Drainnummern in Betracht kommen, von denen die dünnste bereits leicht die Striktur passiert, die stärkste jedoch nur im ausgezogenen Zustande, braucht man bei diesem Verfahren nur die zur Zeit zur Dilatation bestimmte Nummer in größerer Länge zu verwenden und daher überhaupt keinen so langen Schlauch durchzuziehen. Die einzige Abstufung, die bisher nicht ganz zu vermeiden war, befand sich zwischen dem Faden und dem dünnsten Drain. Um auch diese auszuschalten, verwende ich in neuerer Zeit einen eigenen dünnen Metallkonus (s. Fig. 2 *a*[1]), der in eine circulär gerinnte Röhre ausläuft und ein zentrales Lumen hat, durch das der Faden durchgezogen wird, während ein fester Knoten das Ausgleiten desselben verhindert, und bin damit sehr zufrieden. Der Drain wird über den röhrenförmigen Teil geschoben und durch einen Faden in die circuläre Rinne desselben (bei *b*) festgebunden. Hat man mehrere solche Metallzäpfchen verschiedener Stärke vorrätig, so kann man den eben noch die Striktur leicht passierenden Drain als ersten dem Faden nachziehen. Da der kleine Metallzapfen nach der einen Richtung hin durch den Fadenknoten, nach der anderen durch das darübergebundene Drainrohr fixiert ist, ist wohl ein Herausgleiten desselben während der Sondierung nicht zu befürchten.

---

18) **S. Dunham.** Secondary traumatic insanity.

(Buffalo med. journ. 1902. November.)

Der 42jährige, hereditär psychisch nicht belastete Mann zog sich vor 18 Jahren eine Depressionsfraktur des Schädels zu, welche nicht behandelt wurde. Seither Kopfschmerzen an der Verletzungsstelle, allmähliche Veränderung des Charakters, Gedächtnisschwäche, Verwirrtheit, in letzter Zeit Hallucinationen, zeitweilige Anfälle von Manie. Zur Zeit stark druckschmerzhafte, deprimierte Stelle am vorderen oberen Winkel des rechten Scheitelbeines, von der aus zeitweilig Schmerzen ausstrahlen, zumal bei Steigerung des Hirndruckes durch irgend welche Momente. Entfernung der deprimierten Knochenpartie auf $2^1/_2$ cm Durchmesser; alte Fraktur der Tabula interna. Dura etwas verdickt, pulsierend, blieb geschlossen. Allmäh-

---

[1] In der Figur ist das über den Metallzapfen geschobene Drainrohr auf eine längere Strecke hin, der Deutlichkeit wegen, als aufgeschnitten gezeichnet.



liches, völliges Schwinden aller Hirnsymptome im Laufe von 2 Monaten. (Nach 2 Jahren nachbeobachtet.)

Bei Operationen wegen sekundärer Geistesstörungen nach Trauma findet man am häufigsten Verwachsungen an Dura und Hirnrinde, ferner Verdickungen der Schädelknochen und Hirnhäute, entzündliche oder degenerative, vom Sitze der Verletzung ausgehende Veränderungen, Schädigungen gegenüber der Verletzungsstelle durch Kontrekoup, Osteophyten oder Knochensplitter, welche Dura und Gehirn anspießen, Knochennekrosen, schließlich subdurale oder subkortikale Cysten. Besonders Depressionsfrakturen des Scheitels können zu Störungen des Gedächtnisses, der Urteilsfähigkeit und Willenskraft führen; ältere Fälle neigen zu Manie und Paresen. **Mohr** (Bielefeld).

19) O. Sachs. Experimentelle Untersuchungen über Harnantiseptika.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 17.)

Die in der Breslauer Neisser'schen Klinik ausgeführten Untersuchungen ergaben, daß bei innerer Darreichung von Antisepticis, die in den Harn übergehen, dieser entwicklungshemmende und bakterientödtende Eigenschaften erhält. Urotropin erwies sich (4,0 g und mehr pro die) als das am meisten wirksame Mittel. Demselben nahe steht die Salicylsäure, die aber in den erforderlichen großen Dosen (3—4 g) öfters unangenehme Nebenwirkungen veranlaßt. Oleum santali ostindici, Methylenblau, Salol, Balsamum copaivae, Acidum camphoricum und bisweilen auch Ol. terebinthinae zeigen in großen Dosen entwicklungshemmende Wirkungen, Kalium chloricum, Acid. boricum, Folia uvae ursi keine erkennbare Wirkung.

Hübener (Dresden).

20) v. Hacker. Harnröhrenfisteln des Penis.

(Aus der wissenschaftlichen Ärztegesellschaft in Innsbruck. Sitzung vom 8. März 1902.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 38.)

1) Der 11jährige Knabe hatte sich vor einem Jahre den Penis im proximalen Drittel mit einem Bindfaden abgeschnürt. Als er denselben wieder entfernen wollte, war er eingewachsen und nur an einer Stelle des Dorsum, wo sich beim Urinieren gleichfalls Harn entleert, noch sichtbar geblieben. Rings um den Penis ist ein Narbenring tastbar. Nach Entfernung des Fadens wurde die enge schwielige Striktur der Harnröhre bis ins Gesunde resesiert und die samt dem Corpus cavernosum urethrae mobilisierten Harnröhrenenden circulär durch Katgut vereinigt, der Längsschnitt der Haut vernäht. Völlige Heilung ohne Striktur. Knabe uriniert in vollem Strahl.

2) Bei 14jährigem Knaben war nach schwerer Cavernitis mit Allgemeinerscheinungen und Eiterung bis in den Damm infolge vorzeitigen Geschlechtsverkehrs (cum vitulo) eine Lippenfistel an der Volarseite des Penis und eine Röhrenfistel der Harnröhre dicht unter dem Skrotum gebildet, welch letztere ohne Striktur von selbst ausheilte.

Bei ersterer bestand ein Defekt der Harnröhre. Auch hier wurde von einem Längsschnitt nach Ablösung der Haut von der Harnröhrenschleimhaut die Harnröhre samt Corpus cavernosum soweit freipräpariert, daß der im Kanal bestehende längsovale Defekt durch quere Vereinigung mit Katgutnähten, also durch Längsverziehung der Urethra gedeckt werden konnte. Hautnaht. Heilung ohne Striktur.

Hübener (Dresden).

21) I. Nin Posadas. Tratamiento de la hipertrofia de la prostata.

(Revista de la soc. med. Argentina 1902. Nr. 56.)

Die ausführliche Arbeit enthält neben einer historischen Besprechung aller bisher gegen Prostatahypertrophie in Anwendung gezogenen operativen Heilmethode eine genaue Statistik über 36 im Krankenhause des Autors ausgeführte Bottini'sche Operationen. Dieselben verteilen sich auf 29 Kranke, von denen

10 an vollständiger, 26 an unvollständiger Urinretention litten. Das Lebensalter der Pat. schwankte zwischen 48 und 82 Jahren. Von den 36 Operationen endigten 4 (11,11%) tödlich. Unter den 4 Verstorbenen befand sich 1 Tuberkulöser, 1 schwer Herzkranker, 1 Karzinomatöser und einer, der an Pyelonephritis zugrunde ging. Nur dieser letzte wäre eigentlich der ausgeführten Operation zum Opfer gefallen; das bedeutet dann eine Mortalität von 2,70%. Der Tod war eingetreten 7 Monate, $6^1/_2$ Monate, $3^1/_2$ Monate und 3 Monate nach der Operation. Die Resultate gestalteten sich $1^1/_2$ Jahre nach Vornahme der Operation folgendermaßen: Residualharn von 50—100 g bei 24 Operierten
» » 100—200 g » 8 »
» » 200—280 g » 4 »
das wäre dann also im Sinne Freudenberg's eine Heilung in 24 Fällen oder 66,66%, eine bedeutsame Besserung in 8 Fällen oder 22,22% und ein Mißerfolg in 4 Fällen oder 11,11%. **Stein** (Wiesbaden).

22) **L. G. Stuckei.** Ein Fall von angeborener Harnfistel des Nabels.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Die Fistel wurde zufällig bei einer 22jährigen Pat. mit Hämatosalpynx d. (wohl infolge einer Graviditas tubaria rupta) und Cyste des rechten Eierstocks nach der Laparotomie entdeckt. Die Fistel entleerte 2 Wochen lang nach der Geburt Harn, schloß sich nach einer »Kur« und entleerte nur selten Urin. Jetzt nach der Operation fängt diese Entleerung wieder an und tritt jedesmal vor dem Urinieren durch die Harnröhre auf. Die Harnblase nimmt 800 ccm auf. Die Fistel wurde vom Nabel nach abwärts etwa 5 Finger breit gespalten und erwies sich als konisch ausgezogener Zipfel der Blase. Exzision der Schleimhaut des Zipfels, Schluß der Blasenwunde (6 cm lang) durch zweireihige Naht, Schluß der Bauchwunde. Bei Entfernung des Nabels war das Bauchfell verletzt worden und wurde genäht. Heilung. **Gückel** (Kondal, Saratow.)

23) **F. Hofmeister.** Über die Verwendung des Elektromagneten zur Entfernung eiserner Fremdkörper aus der Harnblase.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 3.)

In 2 in der v. Bruns'schen Klinik zur Behandlung gekommenen Fällen von eisernen Fremdkörpern in der Harnblase hat sich H. die Verwendung des Elektromagneten gut bewährt. Im ersten Falle handelte es sich um einen Mann, welchem ein eiserner Stift in die Harnblase geglitten war. H. benutzte den großen Hirschberg'schen Handmagneten, welchen er mit einer in Form eines kurzschnabeligen Katheters gebogenen eisernen Sonde armierte. Die Blase wurde mit Olivenöl gefüllt. Die Extraktion gelang beim ersten Versuche in wenigen Sekunden.

Die zweite Extraktion wurde an einem 36jährigen Mädchen ausgeführt, welches eine Haarnadel in der Blase hatte. Nachdem die in den stark verdickten und wuchtigen Blasenwänden festgespießte Nadel freigemacht war, folgte sie glatt dem Zuge des Magneten.

H. gibt zu, daß das Anwendungsgebiet der elektromagnetischen Fremdkörperextraktion aus der Blase ein beschränktes bleiben wird, möchte dieselbe aber für geeignete Fälle doch empfehlen. **Blauel** (Tübingen).

24) **A. v. Frisch.** 400 Blasensteinoperationen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 13—15.)

Bericht über 400 in einem Zeitraume von 10 Jahren operierte Fälle von Blasensteinen, von denen 306 der Lithotripsie, 94 der Sectio alta unterzogen wurden. Unter dieser Zahl befanden sich nur 3 weibliche Pat. Dem Lebensalter nach entfallen nur 52 (13%) auf die ersten 50 Jahre (darunter 3 Pat. unter 10 Jahren), die anderen 348 (87%) hatten das 50. Lebensjahr überschritten, 9 Pat. waren über 80, der älteste 87 Jahre alt.



Von den durch die Operation entfernten Steinen waren 100 reine Urate (82 durch Zertrümmerung, 18 durch Schnitt gewonnen), 126 Phosphate (68 Z., 58 S.), 11 Oxalate (6 Z., 5 S.) und 163 aus verschiedenen Steinbildnern zusammengesetzte (140 Z., 23 S.). In 338 Fällen war die Blase vorher katarrhalisch affiziert, 258 Pat. litten an Prostatahypertrophie.

Nur in 4 von den 306 Fällen gelang die Lithotripsie nicht, mußte die Sectio alta ausgeführt werden, in 2 anderen war v. F. gezwungen, wegen enormer Größe des Steines und schlechter Narkose die Lithotripsie zu unterbrechen und nach 8 Tagen eine zweite Sitzung folgen lassen, in der die Zertrümmerung vollendet wurde.

Wichtig ist die Vorbereitung zur Lithotripsie. Auch bei klarem Harn einige Tage zuvor Verabreichung von Urotropin, Natr. salicyl., Salol oder Salophen. Bei bestehender Cystitis längere Vorbehandlung mit Verweilkatheter und Spülungen, bis mindestens eine Besserung der Cystitis erreicht ist. Auch bei klarem Urin wird, falls eine enge Harnröhre oder ungünstige Wegverhältnisse für die Instrumente infolge Prostatahypertrophie vorliegen, für 24 bis 48 Stunden ein Verweilkatheter eingelegt, durch welchen die Harnröhre weich und geschmeidig, Einführen und Handhaben der Instrumente wesentlich leichter gemacht wird. Nach der Lithotripsie Spülung mit 1‰iger Arg. nitric.-Lösung. Bei vorher gesunder Blase kein Verweilkatheter. Zur Anästhesierung entweder Chloroformnarkose oder Klysma von 3 g Antipyrin auf 100 g Wasser ½—¾ Stunden vor der Operation und in die Harnröhre unmittelbar vorher 4 ccm einer 3—5%igen Cocainlösung. Hierbei wurden niemals unangenehme Zufälle erlebt.

Die operative Behandlung der Blasensteine mittels der Sectio alta geschah nach dem allgemein üblichen Verfahren, die Vorbereitung der Pat. war die gleiche wie vor der Lithotripsie. In 44 Fällen wurde totale Blasennaht mit Drainage des unteren Wundwinkels der gleichfalls verschlossenen Bauchdeckenwunde ausgeübt, in 38 Fällen nur teilweise unter Anwendung der Dittel'schen Heberdrainage; in 12 Fällen wurde Blasen- und Bauchwunde ganz offen gelassen, ein Knierohr in die Blase eingeführt und sonst locker mit Jodoformgaze tamponiert. Bei den Fällen von vollständiger Blasennaht wurde stets ein Dauerkatheter eingelegt. Von diesen oben erwähnten 44 Fällen sind 28 per primam geheilt. Bei der Naht verzichtet v. F. auf die Schleimhautnaht und schließt in ein- oder zweireihiger Seiden-Knopfnaht. Er rät von der Schleimhautnaht auch mit Katgut ab, weil das in die Blase abgestoßene Katgut dort niemals resorbiert werde und die Neuanbildung von Steinen um dasselbe ebenso erfolge wie um Seidenfäden.

Die Mortalität nach der Lithotripsie betrug 2,6%, nach der Sectio alta 12,7%; doch sei es mißlich, bei den Chirurgen, die beide Methoden üben, Vergleiche anzustellen, da bei diesen natürlich die schwersten Fälle der Sectio alta reserviert bleiben.

v. F. faßt seine reichen Erfahrungen dahin zusammen, daß in Anbetracht der Lebensgefahr, der Heilungsdauer und der Möglichkeit eines glatten, unkomplizierten Heilungsverlaufes die Lithotripsie allen Schnittmethoden weit überlegen sei. Nur beim Vorhandensein von Kontraindikationen ist die Sectio alta zu machen. Als Kontraindikationen gegen die Steinzertrümmerung betrachtet v. F. sehr große Steine, denen die Blase sehr eng anliegt, zu harte Steine, Divertikelsteine, die nicht zu fassen sind, unpassierbare Prostataverhältnisse, sowie endlich die schwersten Cystitisformen mit bestehenden Nierenaffektionen oder solche, in denen die vorbereitende Behandlung eine Besserung der Harnbeschaffenheit nicht erzielen konnte. **Hübener** (Dresden).

25) Tschudy. Über einen Fall von Doppelbildung der linken Niere mit Pyonephrose des einen Nierenbecken-Harnleitersystems.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 14.)

Bei einer in der Schwangerschaft an Cystitis erkrankten 25jährigen Frau wurde im Verlaufe von 3 Jahren eine intermittierende Pyurie der linken Niere festgestellt

Da die Katheterisation des linken Harnleiters vollständig normalen Urin ergab, so erklärte man sich die Pyurie durch das seitweilige Aufbrechen mehrfacher Abszesse im Nierenparenchym und operierte schließlich, weil sich das Allgemeinbefinden rasch verschlechterte. Die exstirpierte, auf das Doppelte vergrößerte linke Niere bestand aus einer gesunden unteren Hälfte mit eigenem normalem Harnleiter und aus einer fluktuierenden oberen, deren Becken einen großen Pyonephrosesack darstellte, in dessen Nachbarschaft das Parenchym geschwunden war. Der zugehörige Harnleiter war verdickt bis zum Umfang einer erschlafften Dünndarmschlinge. Es trat Heilung ein. Eine kryoskopische Untersuchung ist in diesem seltenen Falle leider nicht gemacht worden. **P. Stolper** (Breslau).

26) **Derlin.** Zur Kasuistik seltener Hodenerkrankungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 99.)

Zwei Beobachtungen aus dem städt. Krankenhause in Stettin:

Fall 1. Hämorrhagischer Hodeninfarkt infolge von Samenstrangtorsion bei einem 64jährigen Manne. Links bestand seit lange eine Hydrokele, am rechten Hoden in den letzten Jahren nach anstrengender Arbeit Anfälle von Schmerzen und Schwellung, verbunden mit Übelkeit. Nach einem solchen Anfalle, der nicht zurückgehen wollte, sondern zu einer faustgroßen druckempfindlichen Hodenschwellung führte, Hospitalaufnahme. Die Höhle der Tunica vaginalis entleert blutig gefärbte Flüssigkeit. Exstirpation des blauschwarzen Hodens, Heilung. Das Präparat zeigt eine einmalige spiralige Drehung des Hodenstieles, an der Epididymis mehrere Cysten. Bemerkenswert ist, daß es sich um einen Skrotal-, nicht um einen Leistenhoden handelt.

Fall 2 betrifft ein Rundzellensarkom eines Bauchhodens bei einem 37jährigen Manne, der, übrigens Vater gesunder Kinder, vor $1^1/_2$ Jahren unter vorwiegend gastrischen Beschwerden und Abmagerung erkrankt war. Man tastet durch den After eine sehr bewegliche Geschwulst zwischen Mastdarm und Prostata, die bei der Operation gänseeigroß auf der rechten Articulatio sacro-iliaca lag. Das Mesorchium war nicht sehr lang, aber außerordentlich beweglich.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

27) **L. Berger.** Zur Kastration bei Hodentuberkulose.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

Die Frage der zweckmäßigsten Behandlung der Hodentuberkulose ist heute noch eine viel umstrittene. Die Vertreter der radikalen Therapie, d. h. der Exstirpation des einen oder der beiden erkrankten Hoden stehen den Anhängern der konservativen Methoden gegenüber, welche nur in verzweifelten Fällen zum Messer greifen, sonst aber sich auf Ausspülung der tuberkulösen Herde und auf Hebung des Allgemeinbefindens beschränken. Verf. ist der Ansicht, daß im Beginne des Leidens unter günstigen allgemeinen Verhältnissen der Versuch einer konservativen Behandlung berechtigt ist; doch soll man mit der zuwartenden Therapie nicht zu viel Zeit vergeuden und im Falle der Resultatlosigkeit der konservativen Behandlung das radikale Verfahren anwenden. Für die Richtigkeit dieses Prinzips spricht ihm sein kasuistisches Material von 30 einschlägigen Fällen. Ein Kranker, der sich keiner Behandlung unterzog, starb. 3 Pat. genasen nach partieller Ausschabung. Von 43 einseitig oder doppelseitig Kastrierten sind 60% = 26 gesund geblieben.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

Berichtigung. P. 115 Z. 6 v. o. lies »Negern« statt Ungarn; p. 118 Z. 28 v. o. lies »trauma« statt traumam.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König**, in Berlin, **E. Richter**, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 7. Sonnabend, den 14. Februar. **1903.**

Zur Prophylaxis bei der Chloroformnarkose.

Von

Dr. **Leopold Feilchenfeld** in Berlin.

Unter dem gleichen Titel habe ich vor 3 Jahren[1] den Vorschlag gemacht, zur Kräftigung des Herzens allgemein einige Tage vor der Operation mehrfach 5—6 Tropfen Tinct. stroph. zu geben. Ich wurde zu dieser Anregung durch die Beobachtung veranlaßt, daß bei den meisten Menschen heftige Erregungen — wie sie auch die Erwartung einer größeren Operation mit sich bringt — einen, wenn auch leichten Zustand von Herzschwäche bewirken, der durch eine lang andauernde Narkose wesentlich verschlimmert, unter der vor-

[1] Zentralblatt für Chirurgie 1900. Nr. 4.

bereitenden Anwendung von Herztonicis aber schnell beseitigt werden kann. Inzwischen habe ich zu meiner Freude gesehen, daß meine Anregung eine freundliche Aufnahme gefunden hat. So empfiehlt Tillmanns in der 8. Auflage seines Lehrbuches der Chirurgie von 1901 meine Methode als für erregte Personen in Betracht kommend. Witzel erwähnt das Verfahren in seinem Vortrage[2]: »Wie sollen wir narkotisieren?« mit folgenden Worten: »Wir haben unseren Kranken einige Tage hindurch Tinct. stroph. mit Tinct. digit. 4mal täglich 15 Tropfen gegeben. Ich kann Ihnen diese vorbereitende Regelung der Herztätigkeit nicht genug empfehlen. Wir geben die Tropfen fast einem jeden Erwachsenen, der operiert werden soll, besonders auch aus dem Grunde, weil eine allgemein beruhigende Wirkung durch das Mittel ganz unverkennbar ist. Schon der Gedanke, daß außer der häufig genug Unwillen erregenden Vorbereitung im Sinne der Aseptik etwas geschieht, macht die Leute geduldiger«. Hier sind nun zwar mehrere Gesichtspunkte angeführt. Ich möchte mir aber doch erlauben, meine erste etwas dürftig gehaltene Mitteilung noch durch einige Bemerkungen zu ergänzen, um im Interesse der methodischen Anwendung des Mittels die einschlägigen Fragen genauer zu präzisieren.

Die erste Untersuchung des Herzens wird gewöhnlich von dem Chirurgen vorgenommen werden, wenn er zu dem Entschluß gekommen ist, einen operativen Eingriff zu unternehmen. Hierbei wird weniger auf etwaige Herzklappenfehler Wert gelegt werden, obwohl sie natürlich auch Beachtung erfordern, als auf die Beschaffenheit des Herzmuskels. Aber auch bei intaktem Herzen genügt die erste Untersuchung nicht, sondern es muß wiederholt die Herzkraft geprüft werden. Bei ganz kräftigen, robusten Menschen ist eine vorbereitende Behandlung des Herzens nicht erforderlich. Sobald aber eine nervöse Erregbarkeit des Herzens festgestellt wird, muß man dieselbe zu vermindern suchen, bevor man die Narkose und die Operation unternimmt. Am Herzen ist in diesen Fällen wenig nachweisbar. Die Herztöne sind matt, zuweilen ein wenig klappend. Der Spitzenstoß liegt an der normalen Stelle, ist aber etwas diffus und undeutlich zu fühlen. Der Puls ist klein und sehr beschleunigt. Bei solchen Personen soll man mehrere Tage hindurch die kleinen Dosen der Strophanthustinktur rein oder, wie Witzel angibt, mit Tinct. digital. vermischt geben, aber nicht mehr als fünf Tropfen von jedem dreimal täglich. Die Wirkung zeigt sich in der Verlangsamung des Pulses, in der größeren Beruhigung, dem Fehlen der Angstzustände, besserem Appetit und gutem Schlaf. Der Puls müßte bei solchen Patienten stets auf höchstens 80 Schläge gebracht werden, ehe man ohne Gefahr für eine akute Herzschwäche narkotisieren dürfte.

---

[2] Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 48.

Die zweite Gruppe bilden diejenigen Fälle, bei denen eine deutliche Muskelveränderung am Herzen nachweisbar ist, von den leichten Formen der Muskelschwäche bis zu der schweren Myokarditis. Hier wird das Kriterum sein, daß man die etwa bestehende Erschlaffung und Verbreiterung des Herzens zu beseitigen sucht, daß man eine vorhandene Arhythmie bekämpft und auch wieder die Pulsfrequenz herabsetzt. Dazu wird freilich zumeist die oben erwähnte Behandlung nicht ausreichen. Hier muß man ein Digitalisinfus verabfolgen, lauwarme Bäder, kohlensaure Bäder verordnen oder auch Strichnininjektionen machen, wie sie von den Franzosen in den letzten Jahren vielfach gegen Arteriosklerose mit günstigem Resultate ausgeführt wurden. In diesen Fällen ist gewiß die Äthernarkose derjenigen mit Chloroform vorzuziehen. Besonders schwierig liegen die Fälle mit Hypertrophie des Herzmuskels. Hier ist auch eine vorbereitende Behandlung wünschenswert und die Unterstützung der Narkose durch eine Morphiuminjektion am Platze. Man wird aber dabei möglichst die tiefe Narkose zu vermeiden haben. Bei den schwereren Formen der Myokarditis wird man von einer Behandlung wenig erwarten dürfen und daher stets — die Dringlichkeit der Operation vorausgesetzt — auf die akute Gefährdung des Herzens durch die Narkose gefaßt sein müssen.

---

1) **Walbaum.** Über das Verhalten der Darmganglien bei Peritonitis.

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 37.)

Der Autor hat die von Askanazy auf der Aachener Naturforscherversammlung mitgeteilten Befunde von Spaltbildungen um die Plexus mesenteric. Auerbach bei akuter Peritonitis als Ausdruck der Lymphstauung in den serös durchtränkten Darmwänden und als Ursache der Plexus- und Darmlähmung infolge der Kompression schon bei seinen früheren Untersuchungen erhoben, deutet sie aber als Leichenerscheinung, da sie in ganz frisch untersuchten Fällen auch von Darmlähmung, welche durch Resektion Gelegenheit zu sofortiger Autopsie boten, fehlten, während sie bei der Sektion derselben Fälle, über 12 Stunden nach dem Tode, sich deutlich nachweisen ließen. Der Autor will aber, obgleich er diese Deutung für die Mehrzahl der Fälle auch nach seinen weiteren Untersuchungen festhält, doch anerkennen, daß in einzelnen, selteneren Fällen nur von Peritonitis in den Hohlräumen sich feinste körnige oder fädige Massen finden, welche als Lymphniederschläge gedeutet werden und die Askanazy'sche Erklärung stützen können.

Herm. Frank (Berlin).

2) **T. H. Manley.** Appendicitis as viewed in the early part of the last century with a few notes on the essay of Mélier.

(New York med. record 1902. Juli 19.)

M. hat aus der Bibliothek des Generalarztes in Washington das Original der Arbeit von L. Mélier »A mémoire of some maladies of the coecal-appendix« aus dem Journ. of medicine, surgery and pharmacy 1827 erhalten und gibt eine Übersetzung dieses historisch sehr interessanten Schriftstückes, welches schon eine für die damalige Zeit außerordentliche Klarheit über genanntes Leiden bringt.

Loewenhardt (Breslau).

---

3) **J. C. Stinson.** Pathology of appendicitis.

(New York med. record 1902. März 22.)

Die Diagnose des jeweiligen Stadiums der Appendicitis kann allein sicher während und nach der Operation gemacht werden. Daher gibt es nur eine Regel, den Wurmfortsatz zu entfernen, sobald eine Erkrankung vorliegt. Bei allen Eingriffen soll derselbe unmittelbar entfernt werden, wenn bei den Versuchen nach dem Auffinden des Organes keinerlei schwere Schädigungen in Frage kommen. Wenn lokale oder allgemeine Infektion vorliegt, soll die Abszeßhöhle frei geöffnet werden, alle Verwachsungen getrennt, alles veränderte Netz fortgenommen und reichlich mit Salzlösung ausgespült werden. Kotsteine sind häufiger als Fremdkörper als Ursache der Krankheit vorhanden. Am sichersten werden diese Operationen gleich im Hause des Pat. ausgeführt. Etwas eingehender wird die Fremdkörperkasuistik besprochen. **Loewenhardt** (Breslau).

---

4) **Creveling.** Surgical importance of the caput coli.

(Buffalo med. journ. 1902. Dezember.)

Der Blinddarm ist infolge seiner anatomischen Lage und Beschaffenheit zu entzündlichen und infektiösen Erkrankungen besonders geneigt; Erkrankungen des Dickdarmes, des Wurmfortsatzes und der benachbarten Teile gehen oft vom Blinddarme aus und es gibt Fälle, welche mit der Diagnose akute oder chronische Appendicitis zur Operation kommen und bei denen nur am Blinddarme selbst Veränderungen vorgefunden werden, welche einer chirurgischen Behandlung zugänglich sind.

Zum Belege führt C. folgende Fälle an:

1) Operation wegen der Erscheinungen einer typischen akuten Appendicitis. Blinddarm mit entzündlichem Exsudat bedeckt, mit der Bauchwand verwachsen, Wurmfortsatz klein und ganz normal, abgesehen von der Basis, an der die Serosa entzündet ist. Loslösung der Verwachsungen, Heilung.

2) Mehrfach rezidivierte Appendicitis; wegen andauernder Schmerzen bei den geringsten Bewegungen Operation im freien Intervall:

Blinddarm in ganzer Ausdehnung mit der vorderen Bauchwand verwachsen, Wurmfortsatz völlig normal. Nach Loslösung des Blinddarmes dauernde Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

---

5) **F. Treves.** The Cavendish lecture on some phases of inflammation of the appendix.

(Brit. med. journ. 1902. Juni 28.)

T. betont, daß Entzündung des Wurmfortsatzes streng von dem »Anfall« zu trennen ist, daß erstere lange Zeit bestehen kann, ohne daß irgend welche erhebliche Symptome auftreten. Manche fühlen sich trotz ihres kranken Processus vermiformis völlig gesund, andere klagen nur über zeitweilig auftretende, kurz dauernde Schmerzanfälle im Leibe — möglicherweise handelt es sich dabei um geringe, bald wieder abklingende Bauchfellreizungen; wieder andere klagen über unbestimmte Beschwerden in der Ileocoecalgegend, Druckgefühl, Schmerzen im rechten Bein; daneben bestehen Verstopfung, Kolikanfälle. Die anatomischen Veränderungen in solchen Fällen sind äußerst verschieden, so daß ein Rückschluß aus den klinischen Symptomen auf den Zustand des Wurmfortsatzes nicht angängig ist.

Aus der Ätiologie des akuten, entzündlichen Schubes hebt T. 3 Punkte besonders hervor: 1) das Leben in den Tropen, 2) beim weiblichen Geschlecht die Zeit der Menstruation, 3) am häufigsten eine Kotstauung im Blinddarme.

Die Schmerzhaftigkeit am McBurney'schen Punkt hat nach T. nur insofern Wert, als Schmerzhaftigkeit in der rechten Fossa iliaca allemal verdächtig ist auf eine Appendicitis, und daß der McBurney'sche Punkt ungefähr in der Mitte der betreffenden Gegend gelegen ist.

Bezüglich der Tatsache, daß man häufig den Processus vermiformis zu fühlen glaubt, ohne ihn bei der Operation an der angenommenen Stelle zu finden, bemerkt T., daß es sich dabei vielfach um Muskelkontraktionen der äußeren Fasern des M. rectus oder solcher des M. transversalis oder M. obliquus internus handelt.

Bei der Indikationsstellung zur operativen Behandlung geht T. von folgenden Gesichtspunkten aus: Begrenzte Gangrän des Wurmfortsatzes wie auch Perforationen desselben können unter Umständen vom Organismus ertragen werden; eine Indikationsstellung zur Operation auf die Annahme solcher Veränderungen hin erscheint nicht berechtigt. Die Verhältnisse am Proc. vermiformis sind andere, wie die an den übrigen Teilen des Magen-Darmkanales, so daß die Annahme einer Analogie der Perforationen der Appendix mit ähnlichen Veränderungen des Darmkanales zu falschen Schlüssen führt. Die Sterblichkeitsziffer der Entzündung des Wurmfortsatzes beträgt im ganzen nur 5%, die Sterblichkeitsziffer der Operationen im Anfall schätzt T. dagegen mit 20% eher zu gering als zu hoch. (Die Frühoperationen, die Operationen innerhalb der ersten 48 Stunden nach Beginn des Anfalles werden hier wieder mit den übrigen Operationen

im Anfall in einen Topf geworfen, Eingriffe, welche so vielfach durch den weiteren ungünstigen Verlauf als Ultima ratio diktiert sind, und bei welchen der Ausgang naturgemäß vielfach ein kläglicher ist. Ref.)

Die Entfernung des Wurmfortsatzes im freien Intervall erscheint als ein harmloser Eingriff, zeigt eine Sterblichkeit von 2‰.

Von diesen Voraussetzungen ausgehend, formuliert T. seinen Standpunkt hinsichtlich der operativen Behandlung der akut entzündlichen Schübe folgendermaßen:

1) Unsere Kenntnisse von der Pathologie der Erkrankung und ihre Sterblichkeitsziffer rechtfertigen nicht die Operation, sowie die Diagnose gestellt ist.

2) Eine möglichst frühzeitige Operation erfordern die »ultraakuten Fälle«. T. setzt sie in Parallele mit der Perforation eines Magengeschwürs. Im Gegensatz zu anderen Anschauungen hält er diese Fälle für leicht erkennbar.

3) Sofortige Operation ist erforderlich in allen Fällen, bei welchen ein begründeter Verdacht einer Abszedierung besteht.

4) In den übrigen Fällen mag die Frage der Operation für die ersten Tage offen gehalten werden und die Entscheidung über die Ausführung derselben bis zum 5. Tage oder später hinausgeschoben werden.

T. betont dabei, daß die größere Mehrzahl der Fälle von Appendicitis spontan heilt ohne Operation und ohne Bildung eines Abszesses, daß die »ultra-akuten« Fälle selten und die Fälle von Abszedierung ungewöhnlich sind.

Bezüglich der Operation im Intervall bemerkt T., es gebe zweifellos Fälle, in welchen im Anschluß an einen Diätfehler ein Anfall auftritt, die Kranken indessen bei Vermeidung von weiteren Diätfehlern auch von weiteren Schüben verschont bleiben. Im allgemeinen spricht aber die Wahrscheinlichkeit dafür, daß dem ersten Anfall ein weiterer folgt, und deshalb hält T. in Anbetracht des geringen Risikos — T. verfügt über ein Material von über 1000 Intervalloperationen mit nur 2 Todesfällen — die Operation nach Abklingen des ersten Anfalles für wünschenswert. Er macht indessen eine Einschränkung, welche bei einem sehr großen Teile der Fachkollegen auf Widerspruch stoßen wird, indem er die Ansicht vertritt, daß bei den Fällen, in welchen sich ein Abszeß gebildet hat, der zur Heilung gelangt ist, die Entfernung des Processus vermiformis aufgeschoben werden darf, bis sich weitere Störungen zeigen. Nach T. soll letzteres nur in einem sehr geringen Prozentsatz der Fälle statthaben. Zustimmung dagegen wird finden, wenn T. die Entfernung der Appendix auch bei den Kranken fordert, bei denen es noch nicht zu einem ausgesprochenen Anfall gekommen ist, welche indessen über dauernde Beschwerden in der Fossa iliaca mit zeitweise auftretenden Exacerbationen klagen. Weiss (Düsseldorf).

6) **Kelly.** Under what circumstances is it advisable to remove the vermiform appendix when the abdomen is opened for other reasons?

(Journ. of the amer. medic.-assoc. 1902. Oktober.)

Verf. hat an 80 hervorragende Chirurgen Amerikas die in der Überschrift enthaltene Frage gerichtet, 74 Antworten erhalten. Zusammen mit seinen eigenen Erfahrungen und Ansichten ergibt sich folgendes: 1) der Wurmfortsatz soll bei jeder Eröffnung der Bauchhöhle untersucht werden, falls dies leicht und ohne Gefahr für den Operierten ausführbar ist. 2) Die Mehrzahl der amerikanischen Chirurgen hat sich gegen die Entfernung des völlig gesunden Anhangs ausgesprochen (44 gegen 26). 3) Ist der Wurmfortsatz auch nur im geringsten irgendwo verklebt, so ist er, nach Ansicht der meisten Chirurgen, zu entfernen (60 : 7). 4) Äußerlich gesundes und normales Aussehen des Wurmfortsatzes schließt das Vorhandensein von Kotsteinen im Innern nicht aus. Sind solche vorhanden, so ist die Entfernung angezeigt, auch wenn sonst anscheinend gesunde Verhältnisse vorliegen. 5) Nach rechtsseitiger Ovariotomie soll der Stumpf derselben stets mit Bauchfell übernäht werden, um einer Verwachsung mit dem Wurmfortsatz vorzubeugen. Ein langer und freier Wurmfortsatz soll unbedingt entfernt werden.

Trapp (Bückeburg).

---

7) **A. H. Cordier.** Some clinical and operative phases of appendicitis.

(New York med. record 1902. Oktober 4.)

C. weist auf Trugschlüsse hin, die aus jeder schematischen Beurteilung einer Appendicitis aus Temperatur, Puls und darauf aufgebauter Therapie sich ergeben. Der einzig richtige Standpunkt sei, jeden Fall zu operieren, sobald die Diagnose feststehe; dann gibt es keine Mortalität mehr. Jedenfalls soll man sich nicht allein durch Abwesenheit von »typischen« Symptomen zu einem Aufschub der Operation bestimmen lassen.

Loewenhardt (Breslau).

---

8) **R. T. Morris.** The disadvantages of gauze packing in appendicitis work.

(New York med. record 1902. März 22.)

M. wendet sich gegen die Tamponade und setzt ihre Nachteile für die Bauchchirurgie auseinander. »Wir können meist unsere Bauchwunden ohne Drainage schließen, selbst in Fällen von ausgedehnter Infektion; denn wenn wir den Hauptteil der Infektionsquelle z. B. durch Appendektomie entfernten, besorgen die Leukocyten schon das übrige«; nur bei heftigeren Blutungen ist eine schmale Kapillardrainage besser.

Loewenhardt (Breslau).

---

9) **Mathieu et Roux.** Les abus du lavage de l'estomac.
(Gaz. des hôpitaux 1902. Nr. 34.)

Die Magenausspülung wird nach Ansicht der Verff. viel zu oft angewendet. Sie sollte ausschließlich den Fällen anhaltender Stauung vorbehalten bleiben, in denen der nüchterne Magen stets eine gewisse Menge Flüssigkeit und Speisereste enthält.

M. und R. verfahren wie folgt: Für die prinzipiell am nüchternen Magen einmal des Tages vorgenommene Spülung werden 3 bis 4 Liter Wasser verwendet, wovon höchstens $^1/_2$ Liter zur Zeit eingeführt wird. Kurz vor der Ausheberung wird eine subkutane Kochsalzinfusion von 500—600 ccm gemacht. Nach erfolgter und möglichst beschleunigter Spülung wird 1 Liter physiologischer Kochsalzlösung in den Magen gefüllt.

Seit M. und R. dieses Verfahren einhalten, haben sie keine Fälle von Kollaps oder plötzlichem Tode gesehen.

V. E. Mertens (Breslau).

---

10) **Senn.** The purse string suture in gastrorrhaphie for gunshot wounds — an experimental contribution.
(Journ. of the amer. med. assoc. 1902. November.)

Bei kleinen Verletzungen der Magen- und Darmwand empfiehlt S. angelegentlich die Tabaksbeutelnaht, da sie vor allen Dingen Zeit spart und die Peritonealfläche breiter aneinander legt als Lembertnähte, die namentlich bei Schußwunden, bei denen die Wundränder oft gequetscht sind, leicht durchschneiden. Sind Wunden der vorderen und hinteren Magenwand gleichzeitig vorhanden, so wird durch die vordere Wundöffnung die hintere Magenwand völlig ausgestülpt, abgesucht und ihre Verletzung ebenfalls mit Tabaksbeutelnaht geschlossen. Diese wird so angelegt, daß die Wundränder mit Klemmen gefaßt und ein Stück der Magenwand kegelförmig so hoch gehoben wird, daß die Wunde der Spitze des Kegels entspricht. 1 cm vom Wundrande wird die Naht durchgeführt, und zwar auf der Hinterwand von der Schleimhautseite, ohne das Bauchfell mitzufassen, an der Vorderwand von der Außenseite, ohne die Schleimhaut mitzufassen. Beim Anziehen der Naht muß an der Vorderwand zugleich eine Einstülpung stattfinden. Die Nähte dürfen nicht zu fest angezogen werden. Bei 5 Hunden wurde das Verfahren mit dem besten Erfolge ausgeführt.

Trapp (Bückeburg).

---

11) **Sahli** (Bern). Zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwüres.
(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 12.)

S. wiederholt hier seinen Kassandraruf gegen die allzu häufige operative Behandlung des Magengeschwüres, die nur bei unkompensierbaren anatomischen Stenosen des Pylorus durch Narbenbildung und Verwachsung indiziert sei. Solche werde viel zu oft diagnosti-

ziert. Es sei nicht erwiesen, daß die Gastroenterostomie ein empfehlenswertes Mittel zur Stillung von Magenblutungen ist; besonders fehle dieser Beweis für die gefährlichen Blutungen aus der Arteria lienalis. Nur foudroyante Blutungen seien lebensgefährlich; aber das könne an sich keine Indikation sein, da sonst zahlreiche Fälle überflüssigerweise operiert würden; und eine überflüssigerweise vorgenommene Operation sei so gut ein Kunstfehler, wie die Unterlassung einer notwendigen. Die angeblich konsequent intern behandelten, aber erst durch die Operation geheilten Fälle von Magengeschwür seien keineswegs immer nach den besten und strengsten Vorschriften der internen Medizin behandelt. **P. Stolper** (Breslau).

---

12) **Murphy** and **Neff.** Perforating ulcers of the duodenum.

(New York med. journ. 1901. Sept. 20 u. 27.)

Verff. gehen von amerikanischen Statistiken über das perforierende Duodenalgeschwür aus und erweitern unter Berücksichtigung internationaler Literatur insbesondere die Weir'sche Statistik (ref. Zentralblatt 1901 p. 451) von 176 Fällen auf weitere 19 unter Hinzufügung einer eigenen Beobachtung. Verff. unterwerfen das zusammengetragene klinische Material einer eingehenden Betrachtung nach allen notwendigen Gesichtspunkten. Interessant ist, daß weitaus die Mehrzahl der Fälle das männliche Geschlecht betreffen; Verbrennungen, Nierenerkrankungen und Lungentuberkulose spielen in den Krankengeschichten eine sicher nicht zufällige, bemerkenswerte Rolle, letztere insofern, als käsige Degeneration von Solitärfollikeln mit sekundärer Verdauung des käsigen Materials durch den Magensaft Ulcerationen hervorruft. Überschuß von Salzsäure, lokale Infektionen, Embolie oder Thrombosen, Fremdkörper sind die Hauptentstehungsursachen für Duodenalgeschwüre. Perforation tritt in rund der Hälfte der Fälle ein. Bezüglich der Symptomatologie herrscht große Unsicherheit, doch sind Schmerz, Bluterbrechen und Erbrechen die am meisten auf diese Erkrankung hinweisenden Symptome. Der Verlauf ist häufig nicht akut, sondern chronisch, oft fehlen bei Perforation irgend welche allarmierende Symptome. Die Diagnose ist auch bei nicht perforiertem Geschwür sehr häufig unmöglich. Unter all den bei der Differentialdiagnose in Frage kommenden Erkrankungen erscheint am wichtigsten die Unterscheidung von der akuten Fettnekrose; bei dieser fehlt — was Verff. als absolut sicheres Merkmal angeben — Leukocytose, während sie bei Perforationen besteht. In M.'s Fall war dieses Symptom von großer Wichtigkeit. Auch der Kollaps fehlt bei Duodenalperforationen, abgesehen bei Komplikation mit schwerer Blutung. Derselbe ist nach M. ein Ausdruck der Resorption infektiöser Stoffe und nicht der Perforation an und für sich.

Bezüglich der Operation bei Perforation stehen natürlich Verff. auf dem Standpunkte sofortiger Operation; diese muß aber auch vollständig sein, d. h. einen Verschluß irgend welcher Art der Öffnung

im Darme erzielen. Einfache Laparotomie und Drainage etc. genügt, entgegen Weir's Anschauungen, nicht. Die Insision soll durch den rechten Rektus erfolgen. M.'s Pat. genas. **Scheuer** (Berlin).

---

13) **E. Hepner.** Zur Diagnostik und Therapie des inneren Darmverschlusses.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Verf. prüft die bisher in der Literatur vorliegenden Mitteilungen über Diagnose und Therapie des inneren Darmverschlusses mit besonderer Berücksichtigung der folgenden zwei Fragen: 1) Wurde die einzuschlagende Therapie von dem Ergebnis der lokalen Untersuchung abhängig gemacht? 2) Wurde während oder nach der Operation auf Entleerung des gestauten Darminhaltes ein besonderes Gewicht gelegt?

Die großen Verschiedenheiten, welche sich bei Beantwortung dieser beiden Fragen seitens der einzelnen Autoren ergeben, stimmen mit den außerordentlich verschiedenen Heilerfolgen überein, wie sie die wichtigsten Statistiken nachweisen. Kocher und Heidenhain, die einzigen, welche die Beseitigung der Circulationsstörung und die Entlastung des überfüllten Darmes in den Vordergrund der Behandlung des Ileus stellen, haben die besten Heilerfolge.

Verf. teilt dann im einzelnen die Erfahrungen mit, welche in der chirurgischen Abteilung des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau (Sanitätsrat Riegner) bei der operativen Behandlung des Darmverschlusses gemacht wurden. Die Kasuistik umfaßt 31 Fälle mit einem Heilerfolge von 48,5%.

Zusammenfassend zieht Verf. folgende Schlüsse aus seinen Beobachtungen:

Damit die Mortalität der an innerem Darmverschlusse leidenden Kranken herabgesetzt werde, ist es notwendig,

1) daß sofort, nachdem die Diagnose mit Sicherheit oder auch nur Wahrscheinlichkeit gestellt worden ist, die chirurgische Behandlung in den Vordergrund der Betrachtung gestellt wird;

2) daß der Forderung, den Darm von seinem gestauten Inhalt zu befreien, die gleiche Wichtigkeit beigemessen werde, wie der, durch Tastung eine genaue Diagnose vor der Operation zu stellen.

Blauel (Tübingen).

---

14) **C. Borszéky** und **A. v. Genersich.** Beiträge zur Lokaldiagnose der inneren Darmocclusionen und zur Frage der Autointoxikation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Die Verff. stellten Tierversuche zur Lösung folgender drei Fragen an:

1) Sind die im Verlaufe der inneren Darmverschließung auftretenden allgemeinen Symptome das Resultat einer durch Bakterien verursachten Autointoxikation?

2) Kann die bei der Inkarzeration auftretende Indikanurie zur Erkennung der Inkarzerationsstelle verwendet werden?

3) Ist es etwa möglich, die Stelle des Verschlusses in der Weise aufzufinden, daß man Metallpartikelchen verschlucken läßt, die, wenn sie bis zur Inkarzerationsstelle gelangen, mit Röntgendurchleuchtung leicht nachzuweisen wären?

Die Versuche wurden an 50 Kaninchen und 5 Hunden vorgenommen. Bei den Kaninchen wurde die Darmocclusion einfach durch Unterbindung der Lichtung unter Schonung des Mesenteriums erreicht; bei den Hunden dagegen mußte eine ganze Darmschlinge mit ihrem Gekröse unterbunden werden, da einfache Ligaturen jedesmal durchschnitten, und sich die alte Kanalisation wieder herstellte.

Zur Lösung der ersten Frage wurden bakteriologische Impfungen aus dem Inhalte der Bauchhöhle und dem Blute angestellt. Zur Harnuntersuchung wurde nur der mit dem Katheter oder durch Druck auf die Blase 2mal täglich gewonnene Urin verwendet. Zur Entscheidung der dritten Frage wurden entweder Schrotkörner durch Gastrotomie in den Magen gebracht oder eine geringe Menge Quecksilber in die Mundhöhle gegossen, welches gut verschluckt wurde.

Die Ergebnisse der in extenso aufgeführten Versuche waren folgende: Es wurde das Bakterium coli bei Dickdarmverschluß in 62,5%, bei Dünndarmverschluß in 38% und bei Blinddarmunterbindung in 82% in der Bauchhöhle und im Blute nachgewiesen, und zwar wurde dasselbe schon zu einer Zeit gefunden, als nicht einmal die geringsten makroskopischen Anzeichen einer Peritonitis vorhanden waren.

Die Harnanalyse auf Indikan ergab bei Dünndarmverschluß in 85,7%, bei Dickdarmverschluß in 19% und bei Unterbindung des Blinddarmes in 20% der Fälle ein positives Resultat.

Alle Versuche, die Verschlußstelle mittels Röntgenstrahlen nachzuweisen, blieben resultatlos, weil die Schrotkörner nicht ein einziges Mal den Magen passierten und das Quecksilber niemals bis zur Verschlußstelle gelangte.

Es ist also als erwiesen zu betrachten, daß beim Entstehen der schweren Symptome infolge eines inneren Darmverschlusses dem Bakterium coli mindestens eine ganz bedeutende Rolle zufällt.

Die Indikanurie ist zwar nicht als ein charakteristisches Zeichen eines Dünndarmverschlusses zu betrachten, doch muß zugegeben werden, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Indikan schon sehr frühzeitig im Harn erscheint. **Blauel** (Tübingen).

---

15) **H. Gebele.** Weitere Bemerkungen über Atropin. (Aus der chirurgischen Klinik zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 42.)

G. tritt den Ansichten Ostermaier's bezüglich der von diesem behaupteten anregenden Wirkung des Atropins auf die Peristaltik des Darmes entgegen und weist nach, daß das Mittel vor allem eine lähmende Wirkung auf den Darm ausübt und darauf der günstige Erfolg der Atropininjektionen in Ostermaier's Fällen von leichter Darmeinklemmung beruht habe. Ein solches Resultat sei in diesen Fällen auch durch warme Dauerbäder und Morphineinspritzungen zu erreichen, während bei schwerer Inkarzeration oder gar bei Strangulation mit Unterbrechung der Kot- und Blutcirculation die Atropinbehandlung geradezu schade. Da sich aber leichte und schwere Darmeinklemmungen klinisch häufig nicht unterscheiden lassen, sei die Anwendung des Atropins bei eingeklemmten Brüchen prinzipiell zu verwerfen. Wie gefährlich dieselbe sei, erläutert G. durch Mitteilung einiger infolge dieser vorherigen, ein Wohlbefinden der Pat. vortäuschenden Behandlung zu spät zur Operation gelangter, tödlich verlaufener Fälle.

Kramer (Glogau).

---

16) **E. J. Kanski.** Bemerkung über den magnesialen Darmknopf Chlumsky's.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Zeidler wandte den Magnesiumknopf 3mal bei Gastroenterostomie an. In 2 Fällen wurde nur eine Hälfte des Knopfes ausgeschieden. Das erweckte Zweifel an der Behauptung Chlumsky's, daß Magen- und Darmsaft in gleichem Maße auf den Knopf einwirken. K. unternahm daher Versuche an Hunden und im Glase mit Magen- und Darmsaft, sowie verschiedenen Säuren. Er machte Gastroenterostomien sowie Darmanastomosen, die wenigstens $^1/_2$ m vom Pylorus entfernt angelegt wurden. Schlußfolgerungen: im alkalischen Darmsaft ist das Magnesium unlöslich, und bietet in diesen Fällen Chlumsky's Knopf keinen Vorteil von demjenigen Murphy's. Im Magen und im Anfangsteil des Darmes, wo der Inhalt noch sauer reagiert und nicht vom alkalischen Darmsafte neutralisiert ist, wird Chlumsky's Knopf gelöst. Enthält der Magen bedeutende Mengen von Salz- oder Essigsäure, so kann das Magnesium sehr rasch gelöst werden, und muß daher in solchen Fällen Chlumsky's Knopf sehr vorsichtig angewendet werden.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

17) **Harrington.** Segmented ring for intestinal anastomosis.

(Boston med. and surg. journ. 1902. November.)

Die Ringe, von größerer oder geringerer Weite und Breite, bestehen aus 4 Segmenten, die durch eine Art Gelenkverbindung, deren einzelne Teile sorgsam abgerundet sind, ineinander passen. Sie werden zusammengehalten durch Durchstecken einer dünnen

Stahlschraube mit langem Handgriffe, die durch die Mitte eines Segmentes durchgesteckt und im gegenüberliegenden festgeschraubt wird. Die Außenfläche des Ringes ist rinnenförmig. Bei der Darmnaht werden die Enden des Darmes durch Tabaksbeutelnähte auf dem Ringe, der während dessen am Handgriffe vom Assistenten gehalten wird, befestigt, nachher Lembertnähte darübergelegt, dann der Handgriff ausgeschraubt, seine Durchgangsstelle durch eine solche Naht geschlossen. Sowie die Tabaksbeutelnaht durch Resorption des Katgut locker wird, zerfällt der Ring in seine Teile, die vermöge ihrer Kleinheit leicht abgehen. Er kann nach Ausschrauben des Handgriffes auch leicht durch einen Druck auf den Darm sofort zerlegt werden. Der Ring kann zur Vereinigung End zu End, Seite an Seite und zur Gastroenterostomie gleich gut gebraucht werden. Seine Vorteile gegen den Murphyknopf sind: Größere Leichtigkeit — er besteht aus Aluminium —, größere Sicherheit des Abgehens, leichtere Handhabung; bedeutend weitere Lichtung. Er ist vom Verf. mehrfach mit Erfolg angewandt. Verfertiger: Codman & Shurtleff in Boston. — Das kleine Instrument scheint beachtenswert.

Trapp (Bückeburg).

---

18) **E. Ehrich.** Zur Ligaturbehandlung der Hämorrhoiden.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1.)

In der Rostocker chirurgischen Klinik ist die Ligaturbehandlung der Hämorrhoiden durch Madelung und Garrè vorwiegend geübt worden. Madelung verfuhr folgendermaßen: Die größten der Knoten werden mit kräftigen Balkenzangen gefaßt, hervorgezogen und dann an der durch die Zange gebildeten Basis mit stärkstem Seidenfaden umschnürt. Garrè nahm zuerst eine manuelle Dehnung des Sphinkter vor, faßte dann ebenfalls die zu entfernenden Knoten mit Balkenzangen und unterband sie nun entweder ohne weiteres oder nach vorheriger seichter Einkerbung an der Seite. Durchschnittlich am 5. Tage nach der Operation wurde Ricinus gegeben, worauf gewöhnlich mit dem ersten Stuhl ein Teil der Fäden abging, der Rest an den nächsten Tagen folgte.

Die Erfolge, welche an der Rostocker Klinik mit diesem Verfahren erzielt worden sind, stehen nicht hinter denen anderer Methoden zurück. Die Einfachheit der Technik und der Nachbehandlung, sowie eine größere Garantie gegen Komplikationen seien die Vorzüge, welche das Ligaturverfahren vor den übrigen Methoden der Radikalbehandlung, der Exzision und der Kauterisation, besitze.

Blauel (Tübingen).

19) **M. Duret.** Note sur un procédé d'extirpation du rectum par la voie abdomino-périnéale, avec abouchement consecutif de l'S iliaque à l'anus, conservation du sphincter et du canal anal.

(Bull. de l'acad. de méd. LXVI. ann. Nr. 37.)

Das Verfahren soll sich für hochsitzende Mastdarmkrebse eignen. Es besteht darin, daß durch Bauchschnitt der erkrankte Darmteil ausgelöst und das Mesokolon pelvin. zwischen Abgang der Art. colica inf. sin. und dem freien inneren Rande des Mesokolon — also in einer völlig gefäßlosen Zone — soweit eingekerbt wird, daß das S romanum ohne Gefahr zu großer Spannung und folgender Gangrän tief herabgezogen werden kann. Dann wird es nach Resektion des Kranken am Sphinkterteil des Afters fixiert.

Zweimal hat D. die Operation ausgeführt. Obgleich er nicht das Glück hatte, die beiden Kranken zu erhalten, ließ sich doch an den Nahtstellen zur Genüge erkennen, daß sie nicht von Gangrän bedroht und insofern die Methode nicht der Anlaß des ungünstigen Ausganges war. **Christel** (Metz).

Kleinere Mitteilungen.

Instrument zur Kompression der Aorta bei gewissen Bauch- und Beckenoperationen.

Von

Karl Dahlgren,

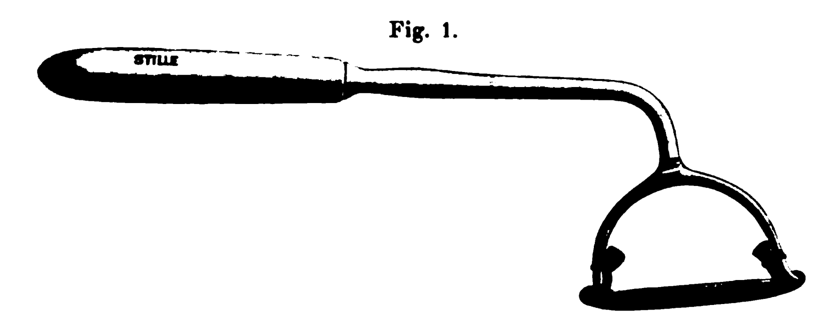
Dozent der Chirurgie an der Universität Upsala.

Im Januar 1897 wandte Prof. Lennander temporäre Kompression der Aorta zur Exstirpation papillärer Ovarialkystome mit ausgedehnten Verwachsungen mit angrenzenden Organen an. Der Effekt der Aortakompression, die vom Verf. digital ausgeführt wurde, war augenfällig. Lennander sagt in seiner Beschreibung des Falles: »Ohne genannte Kompression hätte die Operation meines Erachtens nicht zu Ende geführt werden können«. Später hat Lennander in einigen weiteren ähnlichen Fällen mit bestem Erfolge sich dieses technischen Hilfsmittels bedient. Ich selbst habe Gelegenheit gehabt, dessen große Bedeutung bei der Exstirpation eines großen extraperitonealen, im Becken entwickelten Cervixmyoms zu konstatieren. Die Ausschälung des Tumors aus dem Bette ging in größter Ruhe ohne irgend welche Blutung vor sich. Auf Grund dieser Erfahrungen beschloß ich bei einem Kaiserschnitte, den ich im vergangenen Frühling auszuführen hatte, zu versuchen, ob nicht die Aortakompression als Ersatz für die Cervixkompression dienen könnte, welch letztere bekanntlich nicht frei von ungünstigen Nebenwirkungen ist. Dieser Versuch fiel sehr gut aus. Die Inzision in den Uterus (Querschnitt im Fundus) wurde ohne Blutung vollführt, obwohl mehrere recht ansehnliche Gefäßlumina in der Schnittfläche sichtbar waren. Ich glaube aus diesem Grunde berechtigten Anlaß zu der Annahme zu haben, daß die Aortakompression große Bedeutung als präventives Blutstillungsmittel sowohl bei Kaiserschnitt als bei einer Reihe anderer größerer Operationen im Becken und Bauch erlangen wird.

Die Kompression kann mit der Hand ausgeführt werden und ist in den mir bekannten Fällen so ausgeführt worden. Hierzu ist indessen erforderlich erstens ein anatomisch gebildeter Assistent, der während der Operation sich ganz und gar

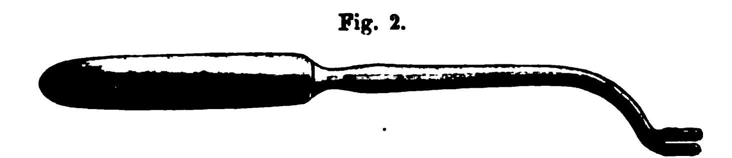
dieser Aufgabe widmet, und ferner eine ziemlich bedeutende Ausdehnung des Bauchschnittes. Außerdem bildet bei engem Raume die komprimierende Hand ein großes Hindernis für den Operateur. Diese Übelstände werden vermieden, wenn für die Kompression statt dessen ein handliches Instrument verwendet wird. Ich habe daher das Aortakompressorium konstruiert, das in untenstehenden Figuren abgebildet ist. Das Instrument hat das Aussehen eines mit winkligem Schaft versehenen Steigbügels, dessen Fußplatte durch einen groben, ziemlich stark gespannten Gummischlauch ersetzt ist (Fig. 1), der quer über der Wirbelsäule oberhalb der Teilung der Aorta angebracht wird. In dieser Form wurde das Instrument bei oben erwähntem Kaiserschnitte angewandt. Nachdem der Uterus durch den Bauchschnitt herausgewälzt war, wurde das Kompressorium an seine Stelle

Fig. 1.



plaziert und einer Wärterin überlassen, mit der Instruktion, auf Befehl dasselbe gegen die Wirbelsäule zu drücken. Dieser Druck braucht, wovon ich mich bei Operationen im Bauche habe überzeugen können, nicht besonders stark zu sein. Indessen habe ich, um die Handhabung des Instrumentes zu erleichtern, einen losen Schaft (Fig. 2) anfertigen lassen, der auf eine einfache Weise an dem Übergange des steigbügelähnlichen Teiles in den festen Schaft und in entgegengesetzter Richtung zu diesem angebracht werden kann (Fig. 3). Werden beide Griffe angewendet, ist es eine äußerst leichte Sache, das Instrument an seinem Platze zu halten und den nötigen Druck auszuüben.

Fig. 2.



Wird das Kompressorium ein Stück oberhalb der Teilung der Aorta angebracht, so werden auch die A. mesenterica und die Aa. spermaticae internae abgeschlossen.

Bekanntlich hat Langenbuch vorgeschlagen, bei Leberoperationen, wo man stärkere Blutung befürchtet, temporär A. hepatica und V. portae nebst A. mesenterica superior und event. auch A. mesenterica inferior zu unterbinden. Gegen einen solchen Operationsplan kann mit Recht angeführt werden, daß diese Unterbindungen, als Voroperation betrachtet, einen recht beträchtlichen Eingriff, besonders mit Rücksicht auf die hierzu notwendigen wesentlichen Störungen in der Lage der Därme, darstellt. Aus Anlaß eines von Prof. Borelius bei einer Diskussion gemachten Vorschlages, die Unterbindung der Aa. mesentericae und hepaticae durch Kompression der Aorta oberhalb des Tripus Halleri zu ersetzen, kam ich auf den Gedanken, daß es möglich wäre, mein Aortakompressorium nicht bloß bei Operationen in den unteren Teilen des Bauches und Beckens, sondern auch bei Leberoperationen zu verwenden. Dem für diesen Zweck bestimmten Instru-

ment habe ich eine etwas veränderte Form mit längerem und anders gebogenem Schafte gegeben (Fig. 4). Wird die Weite des Steigbügels hinreichend bemessen (9,5—10 cm), so kann, wenigstens bei Abwesenheit von Verwachsungen in diesem Teile des Bauches, ohne Schwierigkeit die Aorta an der oben angegebenen Stelle und dem Lig. hepato-duodenale mit der A. hepatica und V. portae gleichzeitig komprimiert werden. Das Instrument wird von der linken Seite des Pat. aus bedient.

Fig. 3.

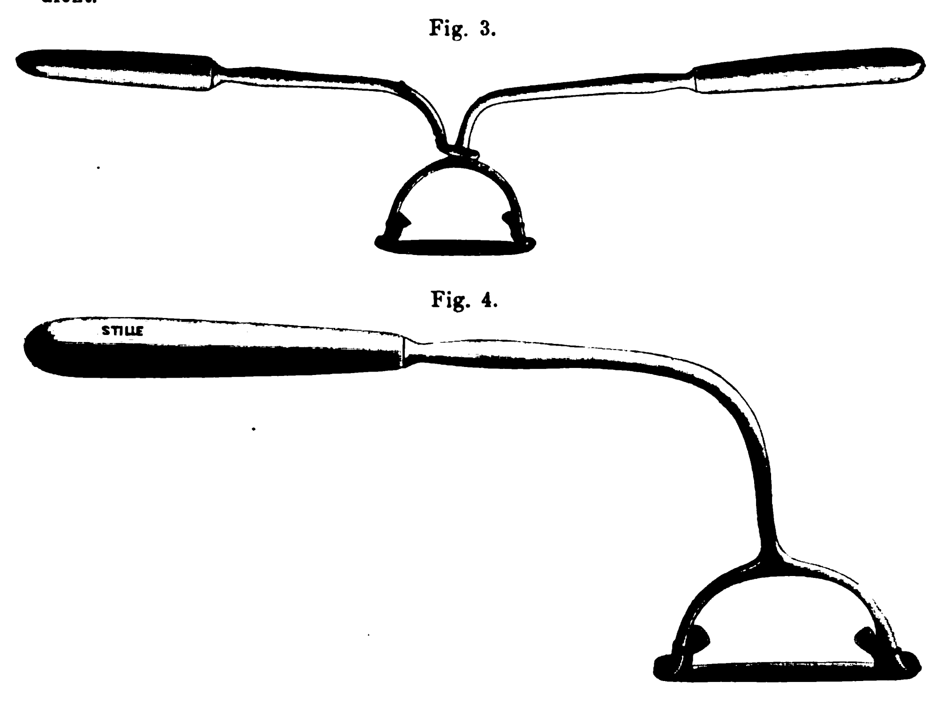


Fig. 4.

Die Bedeutung des Instrumentes bei Leberoperationen hängt natürlich davon ab, wie lange die Kompression der Aorta an diesem Punkte ohne Gefahr für den Pat. fortgesetzt werden kann, eine Frage, über die es meines Wissens an bestimmter Erfahrung noch fehlt.

Das Instrument kann von Instrumentenmacher Stille, Stockholm, bezogen werden.

(Aus dem Elisabeth-Krankenhause zu Kassel.)

Ein Infilatorium.

Von

Dr. **Franz Kuhn.**

Dem chirurgischen Nahtmaterial seine absolute Keimfreiheit bis zur Versenkung in die Wunde zu garantieren, kann nicht genug getan werden. Namentlich sollte jede Berührung eines ausgekochten Fadens vermieden werden.

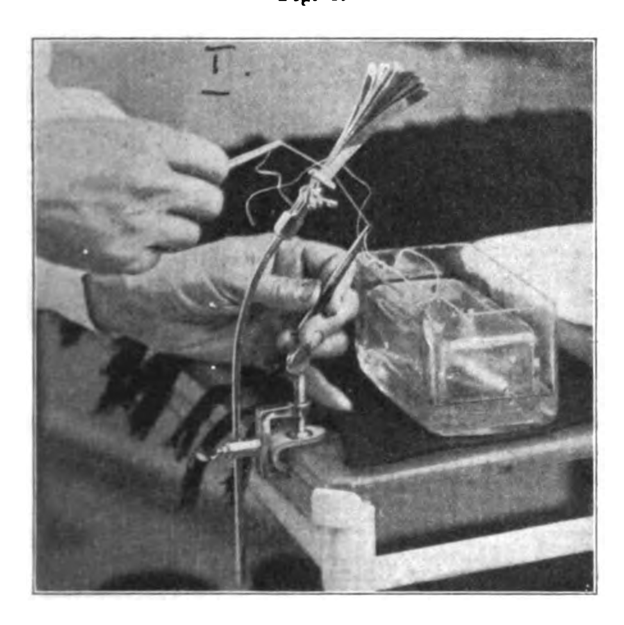
Es ist nicht zu verkennen, daß das übliche Einfädeln der Nadeln, trotz der Patentöse, häufig, namentlich wenn der Operateur auf Beschleunigung drängt, auch einen gewissenhaften Einfädler bezüglich der Keimfreiheit in Verlegenheit bringen kann. Ich wenigstens konnte mir nie über diese Lücke einer sonst durchsichtigen Asepsis hinweg helfen. Auch andere scheinen Ähnliches empfunden zu haben.

Daher empfahl Schoemaker[1] im Haag im Zentralblatt für Chirurgie im letzten Jahre eine »gabelförmige Pinzette«, »mittels welcher der Faden gefaßt und in das federnde Öhr der Nadel eingedrückt wird«.

Diese Form eines »Infilators« ist recht zweckmäßig. Ich selbst habe eine Art von Doppelpinzette, die Stille'sche Doppelpinzette, die bereits seit längerer Zeit im Handel ist und zur Naht der Haut eine recht zweckmäßige Anwendung findet, schon lange bevor ich den Vorschlag von Schoemaker gelesen hatte, genau, wie dieser es beschrieben, zum Einfädeln der Nadeln in Verwendung gehabt und meiner Operationsschwester in ihren Nähapparat einfügen lassen. Diese Doppelpinzette läßt jede Berührung des Fadens mit bloßen Händen umgehen, spannt denselben über dem Federöhre und erlaubt ein rasches und sicheres Eindrücken des Fadens.

Für größere Bedürfnisse genügt aber die Pinzette kaum. Für stationäre Zwecke ist es wünschenswert, einen stehenden Apparat zu haben, 1) der fest vor dem Nahtmaterialbehälter steht, an dem 2) diese Fäden leicht aufzufinden und loszu-

Fig. 1.



machen und ebenso leicht zum Zwecke des Aufdrückens der Nadel anzuklemmen sind.

Einen solchen Apparat, der an jeden Tisch paßt, schlage ich in folgendem vor. Er hat sich in meiner Klinik seit längerer Zeit zu meiner und meiner Schwestern Zufriedenheit bewährt.

Er besteht, wie aus Fig. 1 zu ersehen, aus einem kleinen, an der Tischplatte anzuschraubenden Schraubstock, auf den ein Stab (verschieblich) paßt, der an seinem oberen Ende in eine Anzahl fächerförmiger Spangen ausläuft. Zwischen diesen strahlenförmig divergierenden Spangen, welche aus dem sie tragenden Köcher herausnehmbar sind (Reinigen!) bleiben natürlicherweise Spalten, die nach unten sich mehr und mehr verengern und verjüngen; damit diese an

---

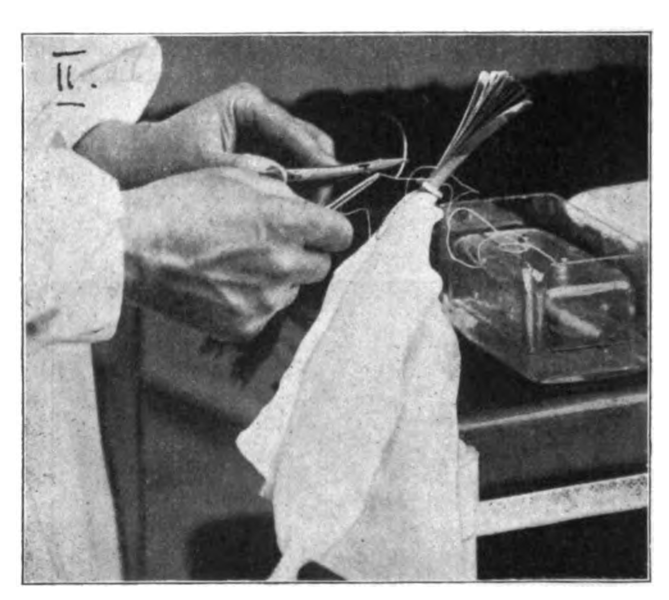
[1] Schoemaker, Ein Infilator. Zentralblatt für Chirurgie 1902. Fabrik: G. Römer, Nimwegen (Holland).

ihrem unteren Ende recht enge werden können, dafür sorgt eine kleine Schraube, welche die Spangen wie in einem Schlosserschraubstocke zusammenpreßt.

In diesen immer enger werdenden Spalten fängt sich ein Faden leicht, event. unter Hilfe einer Pinzette (Fig. 1), klemmt sich fest und gibt die andere Hand zum Aufdrücken des Nadelöhrs (Fig. 2) frei. Die Bedienung des Apparates ist



Fig. 1.



aus den Bildern leicht einleuchtend und einfach. Zur besseren Wahrung der Asepsis hängt man dem Ständer, der vor der Operation ausgekocht wird (wie in Fig. 2 zu ersehen), eine sterile Kompresse um.

Der Apparat wird von Evens & Pistor, Kassel, hergestellt.

---

20 Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

128. Sitzung am 8. Dezember 1902.

Vorsitzender: Herr Körte.

1) Herr Körte zeigt einen 1891 wegen Enchondroms des linken Humerus operierten Pat. (Exartikulation mit der halben Clavicula und einen Teil der Scapula), der sich bis jetzt guter Gesundheit erfreut, und einen zweiten, bei dem vor 3 Jahren ein weicher Schleimpolyp des Pharynx nach voraufgegangener Tracheotomie mit Anwendung der Preßschwammkanüle durch Pharyngotomia subhyoidea entfernt wurde; der Tumor saß seitlich und nach hinten von der rechten Plica aryepiglottica; Pat. ist geheilt und ohne Beschwerden.

2) Herr Körte: Vorstelllung eines Falles von Nervenpfropfung des Nervus facialis auf den Nervus hypoglossus.

Bei Gelegenheit der Operation einer ausgedehnten Knocheneiterung im Proc. mastoideus und Felsenbeinpyramide mußte der linke N. facialis am Foramen stylomastoideum durchtrennt werden. K. legte den N. hypoglossus an der Kreuzungsstelle mit dem hinteren Bereich des Digastricus frei, löste ihn nach aufwärts gegen

die Schädelbasis und verband dann den distalen Facialisstumpf seitlich mit dem Hypoglossus. Es folgte zunächst eine totale Facialisparalyse, sowie halbseitige Zungenatrophie und Parese. 6 Monate später zeigten sich zuerst Spuren aktiver Beweglichkeit in den Muskeln des Mundwinkels (Prof. Bernhardt); allmählich nahm die Kontraktilität der Gesichtsmuskeln zu, die Entartungsreaktion besserte sich. Pat. kann jetzt, 11½ Monate p. op., die Muskeln des Mundwinkels, sowie den Orbicularis oculi aktiv gut bewegen, dabei traten Mitbewegungen der linken Zungenhälfte auf. Der Fall beweist, daß die vom linken N. facialis versorgten Muskeln durch die Bahn des Hypoglossus Bewegungsimpulse erhalten können. Vortr. verweist auf die experimentelle Arbeit von Manasse und Kennedy, sowie auf die von letzterem mit Erfolg ausgeführte Pfropfung des distalen Facialisendes auf den N. accessorius. (Ausführliche Publikation in der Deutschen med. Wochenschrift.)

Diskussion: Herr Gluck erwähnt, daß er vor längerer Zeit bei einer Radikaloperation am Ohre den Facialisstumpf in den Accessorius eingepflanzt hat. Er hat den Kranken vor kurzem untersucht, die Funktion hat sich wieder hergestellt; er wird den Fall vorstellen.

3) Herr Körte: Vorstellung zweier Fälle von operativ geheilten Geschwürsperforationen am Magen.

1) 24jähriger Mann wurde 16 Stunden nach der Perforation operiert; Bauchschnitt vom Proc. ensif. bis zum Nabel; im Bauche wenig Luft, trübe Flüssigkeit, frische und ältere Adhäsionen zwischen Magen und Leber; Perforation an der Vorderwand nahe der Cardia an der kleinen Kurvatur. Die Öffnung wird mit den Fingern gefaßt, unter Leitung derselben werden die ersten Nähte gelegt; zweireihige Naht mit Zwirn, mit Netzzipfel gedeckt. Gründliche Reinigung der Bauchhöhle mit Tupfern und reichlicher Salzwasserspülung. Schluß der Bauchwunde. Langsame Rekonvaleszenz, während derselben linksseitiges Pleuraexsudat, das sich spontan resorbierte. Da Magenbeschwerden trotz interner Behandlung weiter bestanden, machte K. 4 Monate später die Gastrojejunostomia post. nach v. Hacker, worauf sich die Beschwerden zunächst verloren, bis im Oktober d. J., 11 Monate später, eine Magenblutung zeigte, daß das Ulcus fortbestand. Die Magenbeschwerden sind zur Zeit geschwunden.

Der zweite Pat., 39 Jahre alt, wurde 13 Stunden nach der Perforation operiert; in der Bauchhöhle viel freies Gas, zwischen Magen und Leber fibrinöseitrige Beläge; Perforation an der Vorderwand des Magens nahe der kleinen Kurvatur, fingerkuppengroß; Exzision der schwieligen Ränder, zweireihige Naht, mit Netz gedeckt. Sorgfältige Reinigung aller Nischen der Bauchhöhle, Jodoformgaze auf die Perforation, Bauchhöhle im übrigen geschlossen. Gute Rekonvaleszenz bis auf eine leichte Thrombose im linken Unterschenkel.

4) Herr Brentano: Vorstellung zweier operativ geheilter Magenperforationen.

1) 53jähriger Mann, schwer kollabiert, wird 10 Stunden nach der Perforation operiert. Viel trübes Exsudat in der Bauchhöhle, erbsengroße Perforation am Pylorus. Übernähung des Geschwüres. Da dadurch der Pylorus zu eng wird, sofortige Gastroenterostomia retrocol. post. Drainage der Bauchhöhle vom oberen und unteren Wundwinkel und von einer Gegeninzision unterhalb der 7. Rippe aus. Durchgreifende Naht. Glatte Heilung. Pat. ist zur Zeit ohne Beschwerden.

2) 26jähriges Mädchen, vor einem Jahre in einem anderen Krankenhause wegen Pylorusstenose operiert (Gastroenterostomia antecol. mit Braun'scher Anastomose). Außer leichten peritonitischen Erscheinungen in der linken Oberbauchgegend eine sehr schmerzhafte Resistenz von Handtellergröße. 16 Stunden nach der Perforation Laparotomie in der alten Narbe. In der freien Bauchhöhle weder Exsudat noch sonstige Zeichen allgemeiner Peritonitis. Vorderfläche des Magens fest mit der Bauchwand verwachsen. Unterhalb des Magens eitrig belegte, verklebte Dünndarmschlingen. Nach Lösung der Verklebungen zeigt sich die zur Gastroenterostomie benutzte Schlinge an $1/3$ der Circumferenz vom Magen abgerissen; Magen

um die Perforation schwielig verdickt. Schluß der Perforation durch Übernähung mit Netz. Neue Gastroenterostomia retrocol. post. unter Benutzung des zuführenden Schenkels der alten Gastroenterostomie. Netz über die Vorderfläche des Magens geschlagen, um die Wiederverwachsung mit der Bauchwand zu verhindern. Bauchnaht. Heilung ohne Zwischenfälle.

5) Herr Brentano: Bericht über 63 im Krankenhaus am Urban beobachtete Magenperforationen.

Unter den Kranken überwog das weibliche Geschlecht $2^1/_2$mal. Die Perforation führte in $^2/_3$ der Fälle zur allgemeinen eitrigen Peritonitis; 14 von diesen kamen zur Operation, 4 während der ersten 16 Stunden; diese sind gerettet. Die Prognose hängt davon ab, daß man früh operiert; das ist möglich, da die Diagnose in der Regel zu stellen ist. Die Anamnese weist gewöhnlich auf den Magen (in $^2/_3$ der Fälle vorher Magenschmerzen, Erbrechen, seltener Blutbrechen) und auf eine Perforation (plötzliche Verschlimmerung resp. Erkrankung mit heftigstem Schmerz und Kollaps); peritoneale Reizerscheinungen waren zuweilen vorausgegangen. In selteneren Fällen setzt die Krankheit unbestimmter mit Übelkeit, Leibesauftreibung, Schüttelfrost ein. Der Perforationsschmerz wird meist nicht richtig lokalisiert; Erbrechen folgt gewöhnlich erst später als Zeichen der Peritonitis. Das Bild in den ersten Stunden nach der Perforation, bevor die diffuse Peritonitis im Vordergrund steht, zeigt die Kranken kollabiert bei noch gutem Puls, große Druckempfindlichkeit und brettharte Spannung der Muskulatur im Epigastrium; Verkleinerung der Leberdämpfung ist nicht immer vorhanden, wird zuweilen durch das geblähte Kolon vorgetäuscht; freier Peritonealerguß ist oft früh nachweisbar. Die Operation bestand 9mal wegen vorgeschrittener Peritonitis in der Drainage der Bauchhöhle; dabei heilte ein Fall, der zudem etwas zweifelhaft ist; 5mal wurde das Geschwür aufgesucht und vernäht, 1mal nach Exzision; die 3 am frühesten Operierten sind geheilt; bei der Reinigung der Bauchhöhle ist besonders der subphrenische und subhepatische Raum zu berücksichtigen. Ist die Diagnose nicht gesichert, so weist ein nicht oder sauer riechendes Exsudat mit Speiseresten und Gasblasen, das sich hauptsächlich aus den oberen Teilen der Bauchhöhle entleert, auf den Magen. Die (meist frischen) Geschwüre, deren Durchbruch diffuse Peritonitis verursachte, saßen in $^4/_5$ der Fälle an der vorderen Magenwand in der Pylorusgegend. Bei der Sektion wurden zuweilen andere tiefgehende Magengeschwüre und einige Male mehrere Perforationen (der Vorder- und Hinterwand) gefunden, so daß man sich mit der Vernähung eines Geschwüres nicht ohne weiteres begnügen darf. — Die circumskripte eitrige Peritonitis, die unter dem Bilde des subphrenischen Abszesses verläuft, ist von Körte auf dem Chirurgenkongreß besprochen; von 10 Fällen sind 9 operiert mit 4 Heilungen. — Die Fälle endlich mit circumskripter nicht eitriger Peritonitis begleiten die alten kallösen, penetrierenden Geschwüre, die sich in die Nachbarorgane, mit denen sie verwachsen, hinein erstrecken. An der Vorderwand bilden sich fühlbare, schmerzhafte Tumoren, die oft diagnostizierbar sind, weil die Anamnese auf ein länger bestehendes Magenleiden hinweist; unter drei beobachteten Fällen erkrankten zwei plötzlich nach Heben einer Last mit dem Gefühl der inneren Zerreißung; einen hat B. vorgestellt; ein zweiter ist von Körte nach Resektion des Geschwüres zur Heilung gebracht; ein dritter kam spontan zur Heilung. Bei den Geschwüren der Hinterwand sind Magenblutungen am häufigsten; dieselben dringen in die Substanz des Pankreas und arrodieren größere Gefäße; der allmählich sich vollziehenden Perforation fehlen alle Erscheinungen. Von 7 Fällen dieser Art kamen 4 zur Operation ohne einen Erfolg; 3mal wurde die Gastroenterostomie gemacht, 1mal die Gastrostomie zwecks Unterbindung des blutenden Gefäßes; für eine Magenresektion erschienen sie wegen des schlechten Allgemeinzustandes meist nicht geeignet.

Herr Körte betont noch einmal, daß nur Frühoperationen Erfolg bringen können. Irrtümer können dabei vorkommen; 3mal wurde wegen Symptomen von Geschwürsperforation operiert, und es war kein Magengeschwür da. Einmal hat es sich wahrscheinlich um Perforation eines Ösophagusgeschwürs gehandelt, die

nach einer Argentumeinspritzung eingetreten ist; es fand sich ein Blutextravasat, das anscheinend von der Cardia her kam; der Kranke starb, die Sektion ist nicht gemacht worden. In den 2 anderen Fällen hat der operative Eingriff nicht geschadet. Wenn man wartet, bis deutliche Zeichen von Peritonitis da sind, so kommt man zu spät. Gründlichste Reinigung der Bauchhöhle ist sehr wichtig.

6) Herr Wieck. Implantation der Ureteren in die Flexura coli sigmoidea wegen Blasenspalte.

Bei dem Kinde war, als es $2^1/_2$ Jahre alt war, eine Plastik ohne Erfolg versucht worden. Die Operation fand im Mai 1901 bei dem $8^3/_4$ Jahre alten Kinde statt; von der früheren Operation bestand im Bereiche der 3 Finger breiten Symphysenspalte ein quer verlaufender narbiger Hautstreifen; starkes Ekzem der Umgebung. Die Ureteren entleerten klaren Urin. Es wurde die Blasenschleimhaut exstirpiert bis auf das die Ureteren umgebende Stück, Ableitung des Urins durch Katheter. Nach Eröffnung des Peritoneums wird der Rest der Blase mit den Ureteren in die hervorgezogene Flexur implantiert. Der Urin wurde vom 7. Tage an am Tage mehrere Stunden, vom 10. Tage an vollständig gehalten und 2- bis 3stündlich spontan und mit Kot gemischt entleert; Nachts ließ die Pat. noch etwas unter sich. In der Nahtstelle trat am 14. Tage eine Fistel auf, die sich spontan schloß. Jetzt, nach $1^1/_2$ Jahren, hält Pat. am Tage den Urin 4—5 Stunden, sie entleert ihn spontan und zeitweise ohne Kotbeimengung. Nachts läßt sie etwas unter sich. Symptome von Nierenreizung sind nicht aufgetreten; der Allgemeinzustand ist sehr gehoben.

7) Herr Krause demonstriert ein Präparat, welches 13 Monate nach Exstirpation einer Harnblase mit Einpflanzung der Ureteren in die Flexura iliaca gewonnen ist; die Exstirpation wurde wegen Blasentumors, der den linken Ureter verlegte, nötig. Die Ureteren wurden allein ohne Blasenschleimhaut in die Flex. iliaca eingepflanzt. Der Kranke genas und brauchte schließlich nur 3mal täglich den Urin zu entleeren, immer mit etwas Stuhlgang. Es traten dann wieder links Nierenschmerzen auf. K. hatte die Absicht, um die Infektion des Nierenbeckens vom Darme aus zu verhüten, eine Dünndarmschlinge auszuschalten und als Blase zu benutzen. Wegen zu komplizierter Verhältnisse war diese Absicht nicht ausführbar. Die Flexura iliaca saß vorn an der Symphyse an Stelle der Blase, war apfelsinengroß, zog in das Cavum sacrale, bildete dort eine größere schwappende Geschwulst, die sich in das ebenfalls erweiterte Rektum fortsetzte. Die Ureteren mündeten zwischen den Hauptektasien, ließen sich nicht freilegen. 8 Monate später Ileus, Operation im Kollaps und Tod. Beide Nieren schwer verändert, auch die rechte, die keine Krankheitserscheinungen gemacht hatte, die Ureteren um das Doppelte verdickt, schwere Pyelitis. An der Ureterenmündung in den Darm hatte sich beiderseits ein guter lippenförmiger Verschluß gebildet. K. glaubt, daß bei der Maydl'schen Operation die Infektion der Nieren auch dann zu fürchten ist, wenn man Blasenschleimhaut mit einpflanzt; er glaubt, daß die Sonnenburg'sche Operation den Vorzug verdient.

8) Herr Nordmann. Verschluß großer Bruchpforten durch Silberdrahtnetz nach Göpel.

Große Hernien bei Leuten mit schwach entwickelter Muskulatur operiert man radikal mit Erfolg durch Einnähung von fertigen Silberdrahtnetzen, wie sie Göpel angegeben hat. N. hat eine 56jährige Arbeiterin vor $^3/_4$ Jahren so operiert wegen linksseitiger, gänseeigroßer Leistenhernie; der Leistenkanal war für 4 Finger durchgängig, die Muskulatur atrophiert. Das Drahtnetz wurde unter die Ränder der Muskulatur geschoben und an ihnen mit Katgutnähten befestigt. Dann wurde die Muskulatur, so gut es ging, darüber vereinigt und der Musc. obliquus mit dem Lig. Pouparti vernäht. Fasciennaht und Hautnaht. Nach 3 Wochen war die Pat. außer Bett, sie ist rezidiv- und beschwerdefrei.

Das Drahtnetz wurde außerdem noch verwandt zum Verschluß einer großen Bruchpforte bei einer kindskopfgroßen, inkarzerierten Leistenhernie und ein zweites Mal nach Exstirpation eines Fibroms der Rektusscheide, wo sich die Muskulatur

nicht vereinigen ließ; nach der Naht des Peritoneums wurden die Weichteile über dem Drahtnetz genäht. Beide Fälle sind gut verlaufen, aber erst vor kurzem operiert.

Herr Körte bemerkt, daß bei den vorgestellten Pat. die Beckenknochen sehr schmal waren, so daß kein Knochenlappen zu bilden war, der die große Bruchpforte genügend geschlossen hätte. Er erinnert an eine 1894 von ihm vorgestellte Pat., bei der er den Verschluß durch einen Knochenlappen gemacht hat und die seitdem schwere Arbeit verrichtet. Selbst wenn sich der Knochenlappen, wie seinerzeit Wolff befürchtete, nicht als solcher erhalten hat, so ist an seine Stelle ein sehr resistentes Gewebe getreten. Es soll demnächst durch Röntgenphotographie festgestellt werden, ob der Knochen noch vorhanden ist.

Herr Gluck erinnert daran, daß er schon 1888 filigranartige Netze zum Verschluß großer Bruchpforten empfohlen hat.

9) Herr Falkenburg: Fall von Echinokokkus hepatis.

Der 64jährige Mann hat seit 30 Jahren eine Geschwulst in der rechten Oberbauchgegend; er hatte wiederholt Ikterus, vor 3 Jahren wurde ein Carc. ventriculi diagnostiziert; seit 6 Wochen Wachstum der Geschwulst mit hohem Fieber bis Mannskopfgröße. Die Diagnose »vereiterter Echinokokkus« wurde durch die Operation bestätigt. Im Lumen der Cyste fand sich ein allerseits frei beweglicher höckriger Tumor von der Größe fast eines Kindskopfes, der ein völlig verkalkter, an mehreren Stellen perforierter Echinokokkussack war. Die kolossal große Höhle, deren Wand wegen schlechten Zustandes des Pat. nur teilweise exzidiert wurde, hat sich allmählich unter Formalinspülungen bis zu Faustgröße verkleinert.

10) Herr Nordmann: Demonstration von Präparaten von Netztorsion.

Unter Hinweis auf Riedel's auf dem Chirurgenkongreß 1902 demonstrierten Fall und die wenigen Fälle der Literatur bespricht N. den Verlauf zweier im Urban operierter Fälle von intraabdomineller Netztorsion, die als innere resp. Bruchinkarzeration zur Operation kamen; am Netz bestanden nur schwere Circulationsstörungen, keine Gangrän. Heilung.

Herr Zeller schildert den Verlauf eines Falles, den er bei bereits eingetretener Gangrän operierte. Der Mann erkrankte, nachdem er stark gekegelt hatte. Erste Diagnose Appendicitis; großer, schmerzhafter Tumor rechts. Als Z. ihn sah, bestand fortwährender Singultus bei Durchgängigkeit des Darmes, auffallend harte Bruchgeschwulst, Blähung des Bauches. 2 Tage später Operation: das Netz war um 360° gedreht, gangränös, hing an einem strohhalmdicken Strang, der in eine rechtsseitige Leistenhernie führte. Tod.

11) Herr Immelmann: Die Frakturen des oberen Humerusendes im Röntgenbilde.

I. zeigt diese Frakturen an schematischen Zeichnungen, sowie an verkleinerten Negativen und Diapositiven. Er führt die früher meist nicht diagnostizierten Fissuren und Absprengungen vor, die als Begleiterscheinungen schwererer Verletzungen und Verrenkungen häufig sind; weiter Brüche im Collum anatomicum, zum Teil mit Drehung und Verlagerung des Kopfes, und Quer-, Schräg- und Komminutivbrüche im Collum chirurgicum, zum Teil mit Luxation des Gelenkkopfes und Ausfüllung der Pfanne durch das Bruchende des Schaftes; endlich Brüche des Collum scapulae direkt hinter der Cavitas glenoidalis und solche, die von der Incisura scapulae bis unter das Tuberculum infraglenoidale verlaufen.

12) Herr Casper: Nierentod, Niereninsuffizienz und funktionelle Nierenuntersuchung.

C. erörtert an der Hand der in Israel's Klinik der Nierenkrankheiten niedergelegten Fälle, daß bis zum Jahre 1901 die Diagnosenstellung noch nicht so weit war, um Nierentode vermeiden zu lassen. Er glaubt, daß sie bei Anwendung funktioneller Untersuchung vermeidbar gewesen wären.

Herr Israel weist darauf hin, daß, wenn ihm Nierentode passiert sind, dies während der Periode des Ausbaues der Nierenchirurgie nicht Wunder nehmen

kann, und daß alle, welche nach ihm mit Benutzung der bereits gesammelten klinischen Erfahrungen an die Nierenchirurgie herantreten, das Terrain auch klinisch geklärt finden. Er hat seit Januar 1901 unter seinen letzten 104 Operationen wiederholt im Gegensatze zu den Ergebnissen der Phloridzinmethode und meist ohne Anwendung funktioneller Diagnostik operiert, ohne einen Nierentod zu erleben. Er glaubt, daß bei den Indikationen anderer Operateure die funktionelle Diagnostik nicht allein ausschlaggebend gewesen ist.

Herr Casper hebt hervor, daß er die altbewährten klinischen Untersuchungsmittel nicht außer Acht lasse, und daß die funktionelle Methode nur als ein Glied sich diesen zugesellen wolle. Dann komme auch bei der funktionellen Untersuchung nicht die Phloridzinmethode allein in Anwendung.

13) Herr Karewski: Experimentelle Versuche zur Erzeugung von Pleuraverwachsungen.

K. hat seine Versuche an Hunden ausgeführt und ist zu dem Ergebnis gekommen, daß außer der Herstellung einer Fixation zwischen Lunge und Pleura unter gleichzeitiger Erzeugung einer Verletzung durch die Naht zwischen Lunge und Pleura ein chemischer Reiz nötig ist, um feste Verwachsungen schnell zu erzeugen, die es ermöglichen, operativ in die Lunge einzudringen, ohne die Pleurahöhle zu infizieren. Er wendet als chemisches Reizmittel das Terpentin an und hat eine Kreisnaht mit Seide angelegt. Nach 3 Tagen waren feste Verwachsungen da. Eiterungen wurden durch die terpentingetränkte Seide nicht erregt. Am Menschen hat er das Verfahren noch nicht erprobt. Das Terpentin sei als gutes Mittel, um Adhäsionen zu erzeugen, seit langem bekannt.

Herr Körte hat zum Zwecke der Erzeugung von Adhäsionen zwischen Pleura und Lunge gewöhnlich Juniperuskatgut mit Erfolg angewandt.

---

21) W. J. Ssemenowitsch. Zur Frage von den Desmoidgeschwülsten der vorderen Bauchwand.

(Chirurgie 1902. August. [Russisch.])

Die Geschwulst wurde von Djakonow bei einem 30jährigen Manne entfernt, war vor einem Monat entstanden und erwies sich als Fibrosarkam. Mit Ausnahme der Haut mußte die ganze Dicke der Bauchwand, ein bedeutender Teil des die Fossa iliaca bedeckenden Peritoneums, ein Teil der Fascia iliaca, der Fascia lata femoris und das ganze Leistenband der einen Seite entfernt werden. Auch das Netz war zum Teil verwachsen. Die Wunde wurde so geschlossen: Annähung des Netzes an die Fascia lata femoris, ebenso eines unten abgetrennten lateralen Streifens des linken M. rectus abdominis; Naht der Haut. 7 Monate später Bauchwand — ohne Bandage — fest, der transplantierte Muskel funktioniert gut.

Gückel (Kondal, Saratow).

22) Niels Neermann. Über postoperativen Prolapsus der Viscera.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXIV. 3. F. Bd. I. Abt. 1. Nr. 14 u. 18. [Deutsch.])

Verf. ist es gelungen, aus dem Kgl. Friedrichs-Hospital, dem Kommunehospital und der St. Lucas-Privatklinik in Kopenhagen aus den letzten 10 Jahren 15 Fälle von Eingeweidevorfall nach Laparotomie zusammenzustellen, die er detailliert mitteilt, »um nicht Gefahr zu laufen, Momente zu übergehen, welche zur Aufklärung dieser wichtigen Komplikation beitragen könnten«. Über die Darstellung der Einzelbeobachtungen ist er nicht wesentlich hinausgekommen. Von allgemeinen Gesichtspunkten ist nirgends die Rede. »Es wäre zu wünschen gewesen, daß die angeführten Fälle zur Lösung der Frage hätten beitragen können, auf welche Art man den postoperativen Vorfall am besten vermeiden könnte, mit anderen Worten die Frage wegen der präventiven Therapie; aber leider ist es nur wenig, was man in dieser Beziehung daraus entnehmen kann«, klagt Verf. selbst. Mit Sicherheit ergibt sich indes, daß auch die Anwendung von Etagennaht nicht vor Prolaps schützt.

A. Hansson (Cimbrishamn).

23) J. Elter. Rektumtumor und Corpus liberum der Bauchhöhle.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.)

E. berichtet aus der Rostocker Klinik über einen Fall von freiem Körper der Bauchhöhle, welcher sich im Douglas festsetzte und dort das klinische Bild eines hochsitzenden Mastdarmkrebses hervorrief. Die Operation klärte erst die Sachlage auf. Merkwürdig ist, daß bei der Autopsie — der Kranke starb 7 Wochen nach der Entlassung an Kachexie — sich doch noch ein kleines Karzinom am Übergang zur Flexur und Karzinommetastasen in der Leber fanden.

Blauel (Tübingen).

24) A. Valence. Abcès périgastrique et hépatique avec perforations stomacales par traumatisme. Opération. Guérison.

(Revue de chir. XXII. ann. Nr. 9.)

Entstehung und Behandlung verleihen dem Falle einiges Interesse. Ein Soldat, 24 Jahre, leidet an geringen Verdauungsstörungen. Das hindert ihn nicht, nach Verabfolgung einer salinischen Abführung, die ohne Wirkung blieb, Fleisch und Bohnen zu genießen. Abends stürzt er beim Eintreten in seine Stube zu Boden und fällt mit der Magengegend auf eine Gewehrstütze. Er bleibt bewußtlos liegen, erhält Opium, das er erbricht.

Im Lazarett entwickelt sich unter den Augen der Ärzte die oben bezeichnete Affektion unter Anschwellung des Epigastriums, hin und wieder blutigen Stühlen, denen gangränöse Fetzen beigemischt sind; dabei besteht mäßiges Fieber und Tympanie.

Nach 14 Tagen wird der Kranke laparotomirt, und es fand sich ein bis zum Lig. triangul. reichender subdiaphragmatischer und ein kleiner intrahepatischer Abszeß des rechten Leberlappens, die einer Ruptur ihre Entstehung verdankten. Beim Abheben der Leber von der mit ihr verwachsenen vorderen Magenwand traten 2 Perforationen, eine größere, tiefere, und eine linsengroße, höher oben an der kleinen Kurvatur gelegene, zu Tage.

Während die Naht der größeren Perforation ohne Schwierigkeiten gelang und heilte, erforderte die wenig zugängliche obere dreimalige Schließungsversuche; zuletzt wurde einfach der linke Leberlappen durch U-förmige Fadenschlingen mit seiner granulierenden Fläche auf das Loch geheftet, was von Erfolg gekrönt war. Die Heilung war eine vollkommene.

Die Entstehung der Perforation durch Trauma ist nur als mittelbare anzusehen. Wahrscheinlich hat zuerst — nach Ritter und Pinatel —, sei es eine hämorrhagische Infarzierung oder eine Zerreißung der katarrhalisch kongestionierten Schleimhaut stattgefunden, welche unter dem Einflusse der Verdauung erst angeätzt, dann infiziert wurde und schließlich, nachdem der Prozeß bis ins Bauchfell übergegriffen hatte, perforierte. Infolgedessen wurde eine Leberruptur der Konkavität und vielleicht noch ein subseröses Hämatom der Konvexität infiziert, woraus das komplizierte Bild der eitrigen Perigastritis und des subdiaphragmatischen Abszesses entstand.

Christel (Metz).

25) Hilbert. Ein Fall von Perforationsperitonitis mit seltener Ursache (Durchbruch eines ulcerierten Divertikels der Flexura sigmoidea) und mit ungewöhnlichem Verlauf.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 30.)

Der 37jährige Pat. kam mit den Erscheinungen einer Herzmuskelerkrankung und Ödemen, Ascites zur Aufnahme. Wegen der durch letzteren verursachten Beschwerden Punctio abdominis, durch die 2 Liter trüber, hämorrhagischer Flüssigkeit entleert wurden. In derselben waren Eiterkörperchen. Jetzt verschlimmert sich das Krankheitsbild, das bis dahin keine Zeichen von Peritonitis geboten hatte. 4 Tage nach der Aufnahme Tod. Bei der Obduktion zeigten sich zahlreiche kleinere Schleimhautdivertikel in der Flexura sigmoidea, dessen größtes etwa hasel-

nußgroß war und verdünnte Wand hatte. Ein Divertikel war an der Kuppe perforirt.

Verf. glaubt, daß die geringfügigen Erscheinungen daher rührten, daß der Ascites nur einen geringen Austritt von Darminhalt gestattete, und daß nach der Entleerung der Flüssigkeit im Bauche der Gegendruck aufhört und jetzt einer größeren Menge Darminhaltes den Austritt gestattet. Verf. weist auch auf die Wichtigkeit hin, die der Fall in forensischer Beziehung bietet, da man geneigt sein könnte, ohne Obduktion das Auftreten der Peritonitis einem Kunstfehler bei der Punktion zur Last zu legen. **Borchard** (Posen).

26) **Blecher.** Ein Fall von operativ geheilter Peritonitis nach Durchbruch eines Duodenalgeschwüres.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 112.)

Der von B. im Garnisonlazarett Brandenburg operierte, 31 Jahre alte, früher stets gesunde Mann hatte in den letzten Tagen einer Landwehrübung Verstopfung bekommen. Letzter Stuhlgang am 1. Juni, seitdem auch keine Winde mehr. 3. Juni mehrmals galliges Erbrechen, das am 4. übelriechend gewesen sein soll. Seitdem anfallsweise heftige Schmerzen unterhalb des Nabels, Erbrechen andauernd. Am 5. Lazarettaufnahme mit 36,5 Temperatur und Puls von 68; Zunge feucht. Leib oberhalb des Nabels leicht eingezogen, unterhalb desselben gleichmäßige, halbkugelförmige Vorwölbung. Keine Resistenz, doch überall leichte Schmerzhaftigkeit und Tympanie. Peristaltik auch durch Beklopfen nicht auslösbar. Diagnose: Darmverschluß, nicht Peritonitis, weil für letztere ein Ausgangspunkt zu fehlen schien, auch wegen des noch am 4. Tage relativ guten Befindens. Da Wassereinläufe nur anfangs feste Kotballen zurückbrachten, Laparotomie in der Mittellinie. Entleerung von Kot und mäßigen Mengen trüber, brauner Flüssigkeit, vorliegende Darmschlingen stark gerötet, z. T. mit Fibrin bedeckt. Der vorgeholte Wurmfortsatz, verwachsen, verdickt, nicht perforiert, wird amputiert. (Geschwür und Kotstein in demselben.) Währenddes fließt von der Leber dem Kolon entlang gallige Flüssigkeit nach. Nach Erweiterung der Bauchwunde findet man auf der Vorderseite des oberen horizontalen Teiles des Duodenums ein Loch von 1 cm Länge und 1/2 cm Breite, 1 Finger breit vom Pylorus entfernt mit infiltrierten Rändern, mit den Atembewegungen gallige Flüssigkeit entleerend. Übernähung, Reinigung der Bauchhöhle. Naht mit Tampon auf die Darmnaht. In den ersten 4 Tagen nur täglich 2 Liter Salzwasser subkutan. Am 3. Tage Winde, am 6. Stuhl. Dann Beginn mit leichter Nahrungszunahme. Abgesehen von leichtem Ikterus in den ersten Tagen glatter Heilungsverlauf.

Jedenfalls handelte es sich um ein unbemerkt durchgebrochenes peptisches Duodenalgeschwür, und ist der milde Verlauf in den ersten Tagen recht auffallend. Wahrscheinlich erfolgte zum Glück des Pat. die Perforation bei leerem Magen und wurden dann spätere Ingesta aus dem Magen durch Brechen ausgeworfen, so daß durch das Darmloch im wesentlichen nur Galle in die Bauchhöhle gelangte, die wenig irritierte, übrigens, nach der Operation vom Peritoneum resorbiert, den Ikterus bewirkt haben wird. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

27) **R. Schwarz** (Padua). Contributo statistico alla cura della peritonite tubercolare colla laparotomia e ricerche istologiche relative.

(Rivista veneta di scienze med. Venezia 1902.)

S. berichtet über 30 mittels Laparotomie behandelte Fälle von tuberkulöser Peritonitis. Es waren dies 25 Fälle mit freiem serösem Exsudat, einer mit serösfibrinösem Exsudat; zwei abgesackte seröse und eine abgesackte fibrinöseitrige Peritonitis, sowie ein Fall von trockener, fibrinöser Entzündung. Der Wert der Arbeit dürfte darauf beruhen, daß Verf. das Befinden der Kranken über Jahre hinaus kontrollieren konnte. 21 Fälle (70%) wurden geheilt, und zwar bestand die Heilung einmal seit 10 Jahren, in 4 Fällen seit 7 Jahren, 4mal seit 5 und 6 Jahren, 7mal seit 3 Jahren usw. 9 Kranke starben an fortschreitender Tuberkulose

(aber keiner infolge der Operation). Bei 4 Kranken konnte S. sich von dem Heilresultat durch eine zweite Laparotomie (aus anderen Ursachen) überzeugen. In 2 Fällen (10 und 3 Jahre post operationem) fand er noch einige kleine Knötchen, welche teils aus jungem Bindegewebe, teils aus einem festen Bindegewebsmantel mit nekrotischem Zentrum bestanden. In 2 Fällen (1 Jahr bezw. 7 Monate nach der ersten Operation) war sogar eine Restitutio ad integrum eingetreten, und das eine Mal hatten sich die vorher bestehenden Verwachsungen der Därme gelöst. S. macht zur Vermeidung von Bauchbrüchen den Laparotomieschnitt seitlich durch die Recti und schließt die Wunde mittels Etagennaht. Nach Ablassen des Exsudates tupft er den Rest noch aus und meist fügt er eine Ausspülung mit 2 bis 3‰iger Salicyllösung hinzu. Obgleich er von letzterer eine deutliche Heilwirkung nicht gesehen, hält er sie doch zur Erhöhung des reaktiven Reizes auf das Peritoneum für wichtig. **A. Most** (Breslau).

28) **L. E. Golubinin.** Über die Differentialdiagnose zwischen tuberkulöser Peritonitis und bösartigen Geschwülsten des Bauchfells.

(Praktitscheski Wratsch 1902. Nr. 46 u. 47.)

Der ausführlich geschilderte Fall — große Scheingeschwulst des Netzes, 28 × 9 × 2 cm messend, kleinere Knoten im linken Epigastrium und in beiden Iliacalgegenden, abwechselnd Besserung und Verschlimmerung während der ein Jahr dauernden Krankheit des 23 Jahre alten Pat. — ist auch in der »Chirurgie« 1902 November von Wenglowski unter Nr. 2 beschrieben und in diesem Blatte referiert worden. Prof. Djakonow machte eine Laparotomie und fand Tuberkulose, die auch mikroskopisch an exzidierten Stücken der großen Geschwulst konstatiert wurde. — G. hält sich hauptsächlich bei der Unterscheidung der Bauchfelltuberkulose von bösartigen Peritonealgeschwülsten auf.

Gückel (Kondal, Saratow).

29) **C. M. Moullin.** The treatment of ascites by fixation of the omentum and the formation of adhesions.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 14.)

M. empfiehlt warm bei durch Lebercirrhose hervorgerufenem Ascites das Annähen des Netzes nach Talma an das parietale Bauchfell und das energische Reiben der Leberoberfläche mit einem Gazebausche zur Herstellung von Verwachsungen zwischen Leber und Bauchwand. Von seinen 5 operierten Fällen hatte er zwar nur bei zweien einen guten Erfolg; die drei tödlich endenden seien zu spät in Behandlung gekommen. **Herhold** (Altona).

30) **Damianos.** Appendicitis bei Linkslagerung des Coecums.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 34.)

Die Operation des mitgeteilten Falles, welcher einen 18jährigen Pat. betraf, bei dem alle Erscheinungen auf der rechten Bauchseite vorhanden waren, zeigte am normalen Sitz nichts vom Blinddarm und Colon ascendens. Es quoll von links her Eiter zwischen den Därmen hervor. Linksseitiger Schnitt. Man findet rechts vom normal gelagerten Colon descendens das Coecum mit dem Proc. vermiformis gelagert und in eine mit Eiter gefüllte Höhle zwischen den Därmen eingebettet. Tod.

Der ausführlich wiedergegebene Obduktionsbefund schildert sehr eingehend die topographischen Verhältnisse der Lageanomalie, die durch eine Skizze sehr gut veranschaulicht werden. Die Einzelheiten mögen im Original nachgesehen werden. **Hübener** (Dresden).

31) **N. Altuchow.** Ein äußerst langer Wurmfortsatz. Mesenteriale Lage.

(Chirurgie 1902. Oktober. [Russisch.])

A. fand den Wurmfortsatz an der Leiche einer an Flecktyphus gestorbenen 40jährigen Frau. Der Blinddarm geht trichterförmig in den Fortsatz über; letzterer



steigt zuerst retrocoecal 15 cm weit nach oben, biegt dann an der Befestigungsstelle des Colon ascendens an die hintere Bauchwand nach links unten, legt sich hierbei unter das rechte Blatt des Dünndarmmesenterium und endet hier in Form eines Bündels von fibrösen Fasern. Die Pars mesenterica ist 10 cm lang, das fibröse Bündel 4 cm, der ganze Wurmfortsatz 25 cm lang und 6 mm dick. Valvula Bauhini gut, Valvula Gerlachi gar nicht entwickelt. Lichtung des Fortsatzes überall erhalten. **Gückel** (Kondal, Saratow).

32) **R. C. Coffey.** Gastroptosis. A method of suspending the stomach in a hammock made of the great omentum.

(Philadelphia med. journ. 1902. Oktober 11.)

C. hat 2 Fälle von Gastroptosis operiert. Bei einer 44jährigen Frau fand er, nachdem er die Bauchhöhle eröffnet hatte, einen Magen, der durch das am vorderen Beckenrande festgewachsene große Netz so stark nach unten gezogen war, daß die kleine Kurvatur 2 Zoll unter dem Nabel stand. Der Magen wurde in annähernd normaler Lage dadurch erhalten, daß das große Netz etwa 1 Zoll unter dem Ansatze am Magen durch eine quer verlaufende Naht (3 Chromkatgut-Knopfnähte) etwa 1 Zoll oberhalb des Nabels an die Bauchwand angenäht wurde.

In derselben Weise wurde eine andere, 36jährige, Frau operiert. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle durch einen vom Nabel zur Symphyse reichenden Schnitt fand sich hier die Pars pylorica des Magens im oberen Wundwinkel, das Colon transversum bis an den Beckenrand herabgesunken und durch Stränge des großen Netzes mit dem Colon ascendens verwachsen. Der Magen war um das Doppelte erweitert. Nach Lösung der Verwachsungen wurde in derselben Weise wie im vorigen Falle das große Netz 1 Zoll unter der großen Magenkurvatur durch eine quer verlaufende Naht (8 Knopfnähte) an der Bauchwand befestigt. In beiden Fällen wurde erhebliche Besserung erzielt.

Die Operation bringt nach Ansicht C.'s zugleich auch die Magenerweiterung zum Verschwinden. Letztere soll dadurch entstehen, daß der nach unten gesunkene Magen eine Knickung im Zwölffingerdarme hervorruft. Bei stark erschlafften Bauchdecken und ausgesprochener Neigung des Kolon, nach unten zu sinken, rät Verf., das Netz dicht unter dem Kolon durch eine zweite Quernaht an der Bauchwand zu befestigen. **Läwen** (Leipzig).

33) **E. P. Paton.** A case of hair-ball removed from the stomach of a child aet. 9 years.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 68.)

Der aus dem Magen durch Gastrotomie entfernte Haarball war 9 Zoll lang, 6 Zoll dick und wog etwa 250 g. Das betreffende Kind hatte seit seinem 3. Lebensjahre die Gewohnheit, seine eigenen Haare sowie die anderer Leute zu essen. Der Ball bestand aus Menschenhaaren und dem Inhalt von Polsterstühlen. Durch die Operation wurde das Kind, das vorher viel an Verdauungsbeschwerden gelitten hatte, geheilt. **Herhold** (Altona).

34) **E. Moser.** Über parenchymatöse Magenblutungen. (Aus der Rostocker chir. Klinik. Prof. Garrè.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 44.)

Der 42jährige Mann litt seit längerer Zeit an Magenschmerzen, Hyperacidität und sehr reichlichem Erbrechen, vorübergehend auch an Schwarzfärbung des Stuhlganges. Plötzlich trat auch Bluterbrechen auf, das sich mehrmals wiederholte und schließlich die Gastroenterostomie (Garrè) notwendig machte, nach welcher Pat. am 4. Tage starb. Die Sektion ergab 4 punktförmige Blutstellen ohne Substanzverlust (nur an der einen flacher Epitheldefekt) in der Magenschleimhaut, welche etwas geschwollen war; die Magenwandung war verdickt, die Muskulatur hypertrophisch, der Pylorus, in der Tiefe fixiert, nur für einen Daumen

durchgängig. M. bespricht anschließend die Entstehungsarten derartiger parenchymatöser Magenblutungen, die nach Verletzungen und Krankheiten des Gehirns, ferner als neuropathische, auf der Basis der Hämophilie, als vikariierende, bei Appendicitis, chronischer Milzvergrößerung, Gallensteinleiden, Bruchoperationen etc. beobachtet worden sind. In vorliegendem Falle, in welchem die Blutungen aus einem Aneurysma oder Varix eines Magengefäßchens nicht herrührten, dürfte, wie in 5 Fällen Lambotte's, die chronische Gastritis und Pylorusstenose von Einfluß auf das Zustandekommen der Blutungen gewesen sein.

Kramer (Glogau).

35) **W. D. Dobromysslow.** Zur Lehre von den primären Magensarkomen.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Der Fall wurde 1901 in Tomsk von Prof. Ssalistschew operiert. Pat., 53 Jahre alt, bemerkte ihre Geschwulst vor 5 Jahren; seit 2 Jahren wuchs dieselbe rasch und wurde sehr schmerzhaft. Sie ist kindskopfgroß und nach oben und nach beiden Seiten sehr beweglich, nach unten weniger. Laparotomie. Die Geschwulst liegt hinter dem Magen, der obere Teil ist durch das kleine Netz zu sehen. Das Netz wurde nach oben geschlagen und im hinteren Blatte parallel den Gefäßen eine Öffnung angelegt. Die Geschwulst ist nur mit der kleinen Kurvatur in der Nähe des Pylorus verbunden; bei der Lösung der 2 cm großen Verbindung wird der Magen eröffnet; Naht dieser Wunde, des Netzes und der Bauchwand. Keine Drüsen, Leber normal. Heilung. Weitere Nachrichten fehlen. — Die Geschwulst ist kugelförmig, 15 cm im Durchmesser; in derselben eine 400 ccm Blut enthaltende Cyste, deren Wände 2 mm bis 4,5 cm dick sind. Sie besteht aus spindelförmigen Sarkomzellen, ist zwischen den Muskeln der Magenwand entstanden, wahrscheinlich aus dem perivaskulären Bindegewebe: die Zellen sind in Bündeln gelagert, die die neugebildeten Gefäße der Geschwulst begleiten; die Gefäßwand besteht nur aus Endothel. Je näher zur Cyste, desto mehr ist das Gewebe degeneriert und zerfallen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

36) **J. Bouglé et Bruandet.** Cancer massif de l'estomac. Duodenostomie. Exclusion de l'estomac.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris LXXVII. ann. T. IV. Nr. 4.)

Beachtenswert an dem Falle ist folgendes: Monatelange Schluckbeschwerden bis zur völligen Unfähigkeit, Nahrung zu nehmen, ohne daß die Speiseröhre im mindesten ergriffen war. Vielmehr bestand eine ausgedehnte karzinomatöse Infiltration der großen Kurvatur. Im vorliegenden Falle hätte Gastroenterostomie keinen Sinn gehabt, daher Anlegung der Duodenalfistel nach der Technik von Maydl-Reclus beim Kunstafter. Die Ernährung mittels Klystieren von Milch, Eigelb und Pepton — 150 g auf einmal mittels Gummisonde eingeführt — gelingt bei völliger Kontinenz der Fistel. Eine Öffnung nahe dem Pylorus, die sich wegen Aufstoßens nötig machte, schloß sich nachher von selbst und mußte von neuem geöffnet werden; doch waren die Entleerungen aus der Magenfistel minimal. Der Erfolg für den Kranken bestand in der großen Erleichterung, Stillung des Hungergefühls, Wegfall der Regurgitationen. Tod nach 24 Tagen. **Christel** (Metz).

37) **W. H. Write and C. H. Golding-Bird.** On the subsequent history of three cases of colitis on whom right lumbar colotomy was performed several years ago.

(Transactions of the clinical society of London 1902. Vol. XXXV. p. 164.)

In 3 Fällen von Colitis membranacea wurde Heilung durch Anlegen eines künstlichen Afters erzielt. Um dauernde Heilung zu erlangen, ist es nach den Berichterstattern nötig, den künstlichen After länger als 1 Jahr bestehen zu lassen.

Herhold (Altona).

38) W. P. Shukowski. Über angeborene Darmstenosen. 4 Fälle bei Kindern (Stenose des Duodenum, Jejunum, Ileum, Kolon und Rektum).

(Chirurgie 1902. Oktober. [Russisch.])

Unter 20 000 Kindern in der Petersburger geburtshilflichen Anstalt sah S. folgende 4 Fälle:

1) Gut entwickeltes Mädchen, gleich nach der Geburt Erbrechen, das am 3. Tage tintenschwarz wird; in den letzten Tagen Ausfluß dunkler Flüssigkeit aus der Nase, Pneumonie, Tod am 5. Tage. Sektion: Magen dilatiert. Der Darm hat bis zum S romanum ein langes Mesenterium. Duodenum frei, von Peritoneum und dem großen Netz bedeckt, zeigt in der Nähe des Pylorus eine Biegung nach unten; der Rest des Duodenum steigt gerade nach oben zur Leber, wo es ins Jejunum übergeht; letzteres bildet einige kleine Schlingen, die durch das Netz an die Leber und die rechte Niere fixiert sind. Weiter nimmt das Jejunum die rechte Seite des Bauches bis zum kleinen Becken ein; der Blinddarm ist nach links oben gedrängt, Colon ascendens sehr kurz. An Stelle der linken Flexur bildet das Kolon mehrere Schlingen und geht dann ins Colon descendens über. — Duodenum verengt, an der erwähnten Biegung geht kaum eine Hohlsonde durch. Das kleine Netz und die übrigen Bauchorgane normal. — 3 frühere Kinder der Eltern starben auch bald nach der Geburt nach hartnäckigem Erbrechen (Anomalie des Darmes?).

2) Das Kind lebte 26 Tage. 2 cm lange Stenose im oberen horizontalen Teile des Duodenum mit Hypertrophie der Muscularis und einer Lichtung von 0,5—1 mm. Angeborene Dilatation des Dickdarmes mit Hypertrophie der Darmwand (Megalokolon), außerdem eine Hernia mesogastrica int.

3) Das Kind lebte 3 Tage. Melaena neonatorum. Sektion: Zwei Mesenterialcysten (Lymphektasie), zwischen denselben das Jejunum eingeklemmt (s. »Die med. Woche« 1902 Nr. 7). Mutter rachitisch, äußerst anämisch, Psychopathie.

4) 8monatliche Frühgeburt, lebte einige Stunden. Hereditäre Syphilis. Encephalitis interstitialis, Hydrokele. Das untere Viertel des Ileum und der ganze Dickdarm äußerst klein, in Form einer blassen dünnen Schnur, kaum für eine dünne Sonde passierbar. Schleimhaut sehr verdickt, zeigt Längsfalten. Die Valvula Bauhini hat eine äußerst enge Öffnung. — Wurmfortsatz sehr klein, aber mit Lichtung. — Anektasie der Lungen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

39) Regling. Über solitäre Darmstenosen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 360.)

R. publiziert aus der Greifswalder Klinik 3 Fälle, in denen solitäre Dünndarmstenosen mittels Enteroplastik operiert wurden, nach Art der v. Mikulicz-Heineke'schen Pyloroplastik. Das Verfahren ist zwar bereits von Péan, Allingham, Robson, Czerny, Mollard und Bernay u. a. angewendet, anscheinend aber noch nicht allgemeiner bekannt. Vor der Resektion hat es den Vorzug einfacherer Technik, schnellerer Ausführbarkeit, des Freibleibens der Mesenterialgegend von der Naht, kann aber natürlich nur bei gutartigen Stenosen in Frage kommen. Von den berichteten Fällen endeten 2 glücklich, der 3. tödlich an Peritonitis. Das Genauere der Krankengeschichten siehe im Original.

Anhangsweise wird sodann noch ein Fall von karzinomatös degenerierter Striktur der Ileocoecalklappe, durch chronische Appendicitis entstanden und mit Darmresektion erfolgreich behandelt, mitgeteilt. Interessant war, daß der Wurmfortsatz hier höhlenartig erweitert und mit Fischgräten und kleinen Steinchen angefüllt war. Auch Knud Faber beobachtete 5 Fälle, wo Fischgräten als Darmfremdkörper gesehen wurden. Für gewöhnlich kommen dieselben aber nicht dazu, als solche zu figurieren, da sie im Magen verdaut zu werden pflegen.

Meinhardt Schmidt (Cuxhaven).

40) G. Justi. Darmeinklemmung infolge eines Psoasabszesses.

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 12.)

Nach dem Sektionsergebnis des nach Operation tödlich verlaufenen Falles hatte sich bei einer 43jährigen Frau durch einen rechts sich senkenden Psoas-

abszeß das parietale Peritonealblatt von der vorderen Bauchwand abgelöst und durch irgend ein Trauma bei der Gartenarbeit war dasselbe eingerissen und hatte eine Dünndarmschlinge durchtreten lassen, welche sich einklemmte. In der Literatur hat der Autor 4 Einklemmungen durch traumatische Peritonealeinrisse gefunden. **Herm. Frank** (Berlin).

41) **W. J. Tyson and W. W. Linington.** Case of acute intestinal obstruction due to embolus of a branch of superior mesenteric artery.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 114.)

Der die Arterie verstopfende Embolus rührte von einer arteriosklerotischen Aorta her und führte zu schweren Ileuserscheinungen. Bei der Operation wurde ein 22 Zoll langes Stück brandigen Dünndarmes dicht oberhalb des Blinddarmes entfernt und die durchschnittenen Darmenden vermittels Murphyknopf vereinigt. 36 Stunden nach der Operation starb die Frau. **Herhold** (Altona).

42) **B. Jurewitsch.** De Deviis intestinorum (Ileus).

(Chirurgie 1902. Juli. [Russisch.])

Devia intestinorum nennt J. den Ileus (Plinius nennt weglose Stellen devia, deviorum) und unterscheidet Devia ansae = Strangulationsileus und Devia luminis = Obturationsileus. 1899—1901 operierte J. im Krankenhause von Jelissawetgrad 15 Fälle, von denen 8 (53,4%) starben. Die Fälle betrafen: 4mal Volvulus S romani. 1) Blutiger Stuhl, Darmruptur; Einnähen des Darmes in die Wunde (wegen septischer Peritonitis keine Resektion), Tod. 2) Gangrän des S romanum, Resektion; da die Schleimhaut des Mastdarmes gangränös war bis tief herab, so mußten die Darmenden in die Bauchwunde genäht werden. Heilung. 3) und 4) Volvulus und Peritonitis; Detorsion. Tod. — 2mal Torsio ilei; 1mal Detorsion, und da die Schlingen nicht reponiert werden konnten, Enterotomie, Entleerung des Inhalts, Darmnaht. Nach 4 Tagen Perforation der genähten Stelle, Peritonitis, Tod. J. glaubt, eine Injektion von Magnium sulfuricum in den eröffneten Darm hätte den Pat. retten können. Im 2. Falle schwere Peritonitis; Detorsion, Tod. 4mal Verlegung der Lichtung durch Stränge: 7) Verwachsung des Colon ascendens mit der Leber, Enterotomie, Anastomose zwischen Dünndarm und Colon transversum. Tod. 8) und 9) Verwachsung des Ileum in der Nähe des Blinddarmes. In extremis Kunstafter. Tod. 10) Schenkelbruch, Strangulation durch einen langen Strang zwischen Gekröse und Darm. Exzision des Stranges (Laparotomie), Radikaloperation des Bruches. Heilung. In Fall 11 fand man syphilitische Darmstenose, 5—6 cm von der Bauhini'schen Klappe; Enteroanastomose, Heilung. Endlich 4 Fälle von Karzinom des S romanum. 3mal Resektion, Heilung; 1mal Kolostomie, in schlechtem Zustande entlassen. — In den 3 geheilten Fällen von Darmkrebs wurde vorher die Kolostomie gemacht. — Diese vorherige Kolostomie empfiehlt J. aufs wärmste. Im übrigen schließt er sich Kocher's Ausführungen über den Ileus (in Edinburg 1898) an. **Gückel** (Kondal, Saratow).

43) **N. A. Rawitsch.** Zur Behandlung des Ileus.

(Prakt. Wratsch 1902. Nr. 44.)

R. behandelte 2 Pat. erfolglos mit Magenspülung; beide starben; 2 weitere Pat. mit jeder Behandlung trotzender Kotstauung wurden durch Atropin (per os, 0,006 resp. 0,004) geheilt; in einem dieser beiden letzteren Fälle wurde die Stauung durch zwei verschlungene Askariden verursacht.

Gückel (Kondal, Saratow).

44) **F. Kuhn.** Über Volvulus der Flexura sigmoidea.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Verf. vermehrt die Kasuistik über Volvulus der Flexura sigmoidea um 9 Beobachtungen aus der Königsberger und der Rostocker Klinik. Die 4 unoperiert gebliebenen Fälle starben sämtlich, von 5 Operierten wurden 4 geheilt, 1 starb an Peritonitis. An der Hand dieses Materials wird die Ätiologie, die Diagnose, Prognose und Therapie des Volvulus der Flexur besprochen.

Eine tabellarische Zusammenstellung dieser 9 Fälle und der übrigen Beobachtungen aus der Literatur ermöglicht eine Übersicht über die bisher erreichten Resultate.

Es ergab sich, daß die Fälle, welche gar nicht operativ behandelt werden oder bei denen die Operation das Hindernis nicht beseitigt, dem Tode verfallen sind, während eine das Hindernis beseitigende Operation selbst dann noch über 57% Heilungen aufzuweisen hat, wenn alle die Fälle mit eingerechnet sind, bei denen durch die lange Krankheitsdauer schon Peritonitis oder sehr schwere Schädigungen des Darmes bestanden. **Blauel** (Tübingen).

45) **A. W. Mayo Robson.** The radical treatment of chronic intestinal tuberculosis with suggestions pp.

(Transact. of the clin. soc. of London 1902. Vol. XXXV. p. 58.)

R. berichtet über 7 Fälle von Darmtuberkulose, von denen 6 mit Erfolg operativ behandelt wurden. In 4 Fällen wurden Resektionen ausgeführt, teils am Dünndarm, teils am Blinddarm, teils am Dickdarm; in einem Falle wurde der tuberkulöse Wurmfortsatz entfernt, in einem eine Enteroanastomose angelegt und in einem die Pyloroplastik ausgeführt. Letzterer endete tödlich. R. meint, die idealste Operation sei die Entfernung des erkrankten Teiles. Wo dieses infolge zu großer Ausdehnung des Prozesses oder zu geschwächter Körperkonstitution nicht möglich sei, soll die Enteroanastomose gemacht werden, damit die erkrankten Teile zur Ruhe kommen und ausheilen können. **Herhold** (Altona).

46) **M. Patel.** Des résections étendues de l'intestin grêle en particulier dans la tuberculose intestinale.

(Province méd. 1902. Nr. 2.)

Aus den Literaturzusammenstellungen des Autors (welche aber nichts weniger wie vollständig sind, Ref.) seien folgende Zahlen hervorgehoben: Die Darmresektionen aus den verschiedensten Indikationen sind in 3 Gruppen geteilt. Mit Erfolg sind reseziert in Ausdehnung von 1 m und mehr 22, mehr als 2 m 6, mehr als 3 m 3 Fälle. Unter den ersteren waren 15 unterhalb 1½ m ohne irgend welche Ernährungsstörungen, 7 über 1½ m hatten solche. In der 2. Gruppe war 3mal Diarrhöe verzeichnet. In der 3. Gruppe (3 m 10 bis 3 m 30) ist nur von mangelhafter Absorption die Rede. Ursache zur Operation gab 3mal Volvulus, 8mal Bruchbrand, 10mal Gekrösgeschwulst, 3mal Verwundung, 4mal Tuberkulose, 2mal Kothfistel ab. Im Alter sind verzeichnet 2 Fälle unter 10 Jahren (darunter der eine Fall von 3,30 m Darmverlust), 7 zwischen 20 und 30, 6 zwischen 30 und 40, 5 zwischen 40 und 50, 2 zwischen 50 und 60, 3 über 70 Jahre. Was speziell die Tuberkulose betrifft, so ist in den 4 Fällen 3mal der Darm in Ausdehnung von 1—1,15 m betroffen, 1mal von 2 m; im letzteren Falle aber kommen 7 Einzeleingriffe nacheinander zusammen. Interessant sind die Gegenüberstellungen der Ergebnisse bei Resektionen geringerer und größerer Ausdehnung (bei stenosierender, begrenzter und diffuser Tuberkulose). Bei Resektionen von 1—10 cm sind 9 Fällen mit 5 Toten, 10—20 cm 7 Fälle ohne Tod, 20—30 cm 5 Fälle mit 1 Tod, 40—50 cm 4 Fälle mit 1 Tod, über 50 cm 2 Fälle ohne Tod, über 1 m 3 Fälle ohne Tod, über 2 m 1 Fall ohne Tod. Die räumliche Ausdehnung der Resektion war also nicht von entscheidender Bedeutung für das Schicksal der Operierten. Der Autor führt dies Verhältnis wohl mit Recht darauf zurück, daß man bei ausgebreiteter Tuberkulose auf den Gedanken radikaler Operation nur bei günstigen Operationsverhältnissen (beweglicher Darm, Freisein des Mesenteriums) kommen konnte. Bei geringer Ausbreitung sind sicherlich Fälle von sonst ungünstiger Beschaffenheit mit herangezogen worden, und diese spielen für den unmittelbaren Ausgang der Operation die größte Rolle. Für die weitere Ernährung des am Darm verkürzten Pat. ist bei der Tuberkulose an die so schon erschwerte Absorption zu denken. Man wird hier ausgedehnte Resektionen wohl möglichst zu vermeiden suchen und die Enteroanastomose vorziehen.

Herm. Frank (Berlin).



47) **L. Gfeller.** Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Darmcysten.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 330.)

Interessanter Fall aus dem Spital in Chaux-de-Fonds, von de Quervain mit Erfolg operiert. Ein 11jähriges Mädchen hatte seit dem 5. Lebensjahre Anfälle von Unterleibskoliken mit Erbrechen, die tagelange Bettlägerigkeit verursachten und nach zum Teile monatelangen Pausen stets wiederkehrten. Beim letzten Anfalle schweres Krankheitsbild; wegen Dämpfung der Blinddarmgegend als Perityphlitis zur Operation gesandt. Bei letzterer wird in der Blinddarmgegend nichts gefunden; nur fließt seröse Flüssigkeit aus der Bauchhöhle. Jetzt Schnitt in der Mittellinie, Absuchung des Darmes auf eine Verlegung. Man kommt auf eine um 360° gedrehte Schlinge, die im kleinen Becken sitzt und eine orangengroße, der Darmwand angehörige Geschwulst trägt. Nach Hervorziehung derselben leichte Rückdrehung des Darmes, wonach der Inhalt des oberen Darmendes alsbald in das untere frei vorrückt. Längsschnitt auf die cystische Geschwulst. Dieselbe sitzt zwischen Ring- und Längsmuskulatur des Darmes und ist leicht und ohne Verletzung der gegen sie abgeschlossenen Darmlichtung herauspräparierbar. Nach Resektion eines überschüssigen Streifens der Längsmuskulatur Naht der Darmwunde. Bauchnaht etc. Heilung. Die exstirpierte Geschwulst ist eine geschlossene Cyste, unilokulär, enthält trübe, hellbraune Flüssigkeit von Aussehen typischen Dermoidinhaltes. Mikroskopisch zeigt sie Plattenepithelien, Detritus, einzelne rote Blutkörperchen, keine Haare. Die Cystenwand, darmwandähnlich gebaut, enthält außer der Serosa eine Längs- und Ringmuskelschicht, submuköses Bindegewebe und eine Epithelschicht, größtenteils aus geschichtetem Pflasterepithel gebildet, in welche stellenweise auch einschichtiges, cylindrisches, jedoch dem Darmepithel unähnliches Epithel eingelagert war. Keine Drüsen, kein lymphadenoides Gewebe.

Verf. reiht seinem Falle 18 aus der Literatur gesammelte an die Seite, wonach er eine Allgemeinbesprechung dieser Geschwülste gibt. Daraus sei hervorgehoben, daß zwischen Cysten ektodermalen und entodermalen Ursprunges zu unterscheiden, daß aber die von G. beschriebene Cyste ihres ungleichen Epithels wegen schlecht zu klassifizieren ist. Als Ursprungsorgane für die Cysten, soweit sie mehr entodermalen Ursprunges sind, kommen die Allantois, der Urachus und der Dottergang in Betracht. Klinisch können diese Cysten in verschiedener Weise Störungen, zumal Ileuserscheinungen hervorrufen: durch Verengerung des Darmrohres infolge von Seitendruck durch die wachsende Geschwulst, durch Invagination oder, wie in dem beschriebenen Falle, durch Achsendrehung. In den von G. tabellarisch zusammengestellten Fällen sind teilweise die Cysten bei der Sektion gefunden; operiert wurden 6, davon † 4, geheilt 2 (Fall Battle, Exzision der Cyste, und Fall Sprengel, Darmresektion). Ein Verzeichnis der Literatur, 2 makro- und 6 mikroskopische Abbildungen sind beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

48) **D. S. D. Jessup.** Primary carcinoma of the vermiform appendix.
(New York med. record 1902. August 23.)

Bei einer 36jährigen Frau wurde eine Ovarialcyste und der Wurmfortsatz entfernt. Eine feste, gelbliche Geschwulst in letzterem Organ erwies sich als Adenokarzinom, welches Mukosa und Submukosa betraf und die Muskelschichten zum Teil infiltriert hatte. Es ist bemerkenswert, daß 2 ähnliche Fälle im Alter unter 20 Jahren und 4 unter 30 Jahren beobachtet wurden. Die größere Häufigkeit bei Frauen wird vielleicht mit Recht vom Verf. darauf geschoben, daß, wie auch in diesem Falle, öfter ein gelegentlicher Befund bei den beim weiblichen Geschlecht viel häufigeren Laparotomien sich vorfindet.

Loewenhardt (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 8. Sonnabend, den 21. Februar. **1903.**

(Aus der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Forst-Aachen.)

Zur Operation der Retentio testis inguinalis.

Von
Dr. C. Longard,
dirig. Arzt.

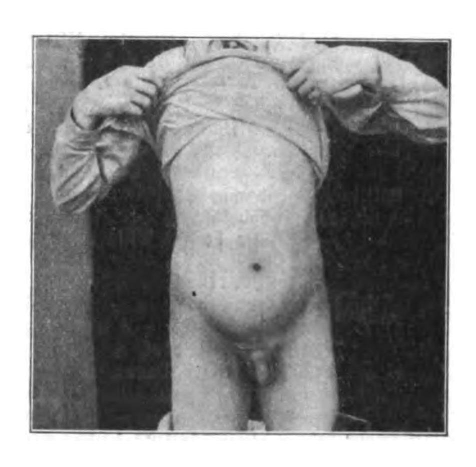
In Nr. 52 der Deutschen medizinischen Wochenschrift Jahrgang 1902 findet sich eine Operation von Katzenstein[1] angegeben, die den Zweck verfolgt, an dem in seine normale Lage zurückgebrachten

[1] Katzenstein, Eine neue Operation zur Heilung der Ectopia testis congenita. Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 52. 28. Jahrgang.



Hoden einen Zug auszuüben, so daß er nicht mehr durch den Samenstrang in den Leistenkanal zurückgezerrt werden kann. Katzenstein erreichte dieses Ziel durch Aufnähen eines aus dem Oberschenkel entnommenen plastischen Lappens auf den verlagerten Hoden. Ich habe dieselbe Idee in etwas anderer und wie mir scheint einfacherer Weise zur Ausführung gebracht. Die Operation gestaltet sich wie folgt:

Nach der Durchschneidung der Haut wird die Fascie des Obliquus ext. in der ganzen Länge des Leistenkanals gespalten, der Hoden vorgezogen und der Samenstrang bis hoch hinauf in den Leistenkanal isoliert, die Tunica communis oberhalb des Hodens quer durchtrennt und der Hoden so mobilisiert, daß er sich bequem an den Grund des stumpf erweiterten leeren Hodensackes bringen läßt. Bis hierher folgt die Operation den bekannten Vorschlägen. Nun wird in den tiefsten Punkt des Hodensackes ein alle Schichten bis auf den Hoden durchtrennender Schnitt von etwa 2—3 cm Länge gemacht, ein etwa 10pfennigstückgroßes Segment des Hodens in diesen Schlitz gedrängt und hier durch 6 bis 7 Fäden, welche die Skrotalhaut und Tunica albuginea des Hodens fassen, ringsum fixiert. Diese Fäden werden lang gelassen und an der Innenseite des Oberschenkels durch einige Heftpflaster - Streifen befestigt. Hierauf wird die Fascie des Obliquus ext. und der Hautschnitt vernäht und event. noch nach dem Vorschlage Kocher's die Tunica communis des Samenstranges mitgefaßt.



Durch die auf diese Weise mit Hoden und Skrotum vereinigten Fäden gelingt es leicht, eine Extension an beiden Gebilden und am Samenstrang auszuüben, die nach Belieben geschwächt oder gesteigert werden kann und so ein Hinaufgleiten des Hodens verhütet. Die beigefügte Abbildung zeigt einen nach dieser Methode operierten Knaben im Alter von 14 Jahren 4 Wochen nach der Operation.

Bei einem zweiten vor ca. 3 Wochen von mir operirten 21jährigen Pat. erzielte ich trotz der schwierigen Verhältnisse mit dieser Methode ein ebenso vorzügliches Resultat.

1) **G. Koch.** Über Knochencysten in den langen Röhrenknochen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

Verf. veröffentlicht die Krankengeschichte eines 15jährigen Knaben, der innerhalb 5 Jahren 2mal einen Bruch des rechten Oberschenkels erlitten hat. Die Entstehungsweise sprach bei dem zweiten Male für eine Spontanfraktur. Sowohl der Operationsbefund wie die mikroskopische Untersuchung der bei dem Eingriffe entfernten Stücke ließ annehmen, daß es sich um eine Knochencyste im Oberschenkel handelte. Der Mangel jeglichen Epithels sprach dagegen, daß eine sog. Retentionscyste vorlag; man mußte dagegen annehmen, daß die Cyste aus einem Enchondrom hervorgegangen war, das in Verknöcherung begriffen und zum Teil in Erweichung übergegangen war. Virchow, dem wir die erste richtige Aufklärung der Pathogenese dieser Geschwülste verdanken, sagt über dieselben, daß die Cystenbildung im Knochen in keinem Falle das Primäre und Wesentliche sei, sondern daß alle Fälle als Umbildungsprodukte früherer solider Neubildungen anzusehen seien. Bei 17 von 22 aus der Literatur zusammengestellten Fällen derartiger Knochencysten ist eine solche frühere Geschwulstbildung sicher erwiesen. Indessen ist wohl kein Zweifel möglich, daß Knochencysten von anderer Entstehungsweise vorkommen können. Von denjenigen Knochenerkrankungen, welche zur Cystenbildung führen können, ist von Ziegler die Arthritis deformans, von v. Recklinghausen die nicht eitrige Knochenentzündung, von Rindfleisch die Osteomalakie mit Bestimmtheit beschrieben worden. Unaufgeklärt sind bisher die Fälle von cystoider Entartung des ganzen Skeletts, da man bei ihnen weder eine Spur von Geschwulstbildung, noch Parasiten, noch irgend etwas von ausgebreiteten Resorptionsverhältnissen konstatieren konnte.

Was das allgemeine Krankheitsbild der Knochencysten anlangt, so ist der häufigste Sitz das obere Drittel der Diaphyse langer Röhrenknochen. Inwieweit das oft angeschuldigte Trauma als Entstehungsursache eine Rolle spielt, läßt sich nicht sicher entscheiden. Die häufigsten klinischen Symptome sind allmählich sich steigernde rheumatoide Schmerzen, Anschwellen der erkrankten Knochenpartie, Spontanfraktur, Knochenverbiegung, Pergamentknittern. Diese Symptome können natürlich leicht zu Verwechslungen mit anderen Knochenerkrankungen führen, namentlich mit bösartigen Geschwülsten, insbesondere dem Osteosarkom, dessen Wachstum allerdings ein viel rascheres ist. Die Brauchbarkeit der Röntgenbilder für die Diagnose dieser Fälle ist nach K.'s Ansicht nicht sehr hoch anzuschlagen, zumal man auch bei der Annahme einer bösartigen Geschwulst nicht ohne vorherige Probeinzision eine Exartikulation des Beines vornehmen wird, um sich vor einem Fehler zu bewahren. Als weitere differentialdiagnostisch wichtige Erkrankungen kommen

noch syphilitische und tuberkulöse Knochenprozesse in Betracht und schließlich noch Knochenabszesse. Die Behandlung ist natürlich eine konservative, d. h. Entfernung der Cyste mit Meißel und Knochenzange soweit, daß gesunder Knochen vorliegt, dessen Flächen zur Verheilung geeignet sind. Die Prognose ist gut für alle Fälle, welche nicht bösartigen Prozessen ihre Entstehung verdanken.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

2) **C. S. Wallace.** The treatment of wounded joints.

(Transactions of the clinical society of London Vol. XXXV. p. 7.)

W. kommt an der Hand verschiedener von ihm behandelter Gelenkwunden zu folgenden Schlüssen: 1) Es soll nicht zu energisch nachgesucht werden, ob das Gelenk eröffnet ist. 2) Wenn das Gelenk eröffnet ist, soll es ohne Irrigation geschlossen werden. 3) Bei infiziertem Gelenke soll dasselbe eröffnet, irrigiert und wieder geschlossen werden, höchstens eine Drainage von 24 Stunden. 4) Wenn die Infektion fortschreitet, ist von zahlreichen Drainröhren und permanenter Irrigation nichts Gutes zu erwarten. (Dürfte mit den Anschauungen deutscher Chirurgen wohl nicht übereinstimmen. Ref.) 5) Die Reinigung der Gelenkwunden muß eine mechanische sein durch Entfernung der beschmutzten Teile mit dem Messer, da eine Reinigung mit desinfizierenden Flüssigkeiten nutzlos ist.

Herhold (Altona).

3) **De Forest Willard.** Gonorrhoeal arthritis; treatment by early irrigation of joint.

(Therapeutic monthly 1902. Juli.)

Bei frühzeitiger Untersuchung des Gelenkinhaltes bei Arthritis gonorrhoica fand Verf. fast immer Gonokokken; später sind sie oft abgestorben und nicht mehr nachweisbar. Ist der Erguß klein, sind in ihm keine Gonokokken aufzufinden und die Symptome leicht, so kann die gewöhnliche Behandlung mit Fixation, Eis etc. eingeleitet werden. Sind dagegen Gonokokken nachgewiesen oder die Verhältnisse derart, daß an der Diagnose Arthritis gonorrhoica kein Zweifel besteht, so empfiehlt Verf., um die Gonokokken und ihre Produkte möglichst bald wieder aus dem Gelenke zu entfernen, die sofortige Arthrotomie auf beiden Seiten und Durchspülung mit heißen antiseptischen Lösungen; hierauf bei rein serösem Ergusse Verschluß des Gelenkes ohne Drainage und Fixation für 10—14 Tage, bei Rückkehr des Ergusses nochmalige Wiederholung der Behandlung. Bei einer derartigen frühzeitigen Entfernung der Krankheitsursache wurden die Resultate des Verf. bezüglich der späteren Gelenkfunktion bedeutend besser als früher bei abwartender Behandlung. Wichtig ist die gleichzeitige gründliche Behandlung der Harnröhre.

Mohr (Bielefeld).

4) **J. Berg.** Über die Bedeutung des einfachen Thiersch-schen Hautlappens in der plastischen Chirurgie.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXIV. 3. F. Bd. I. Abteil. 1. Nr. 20. [Deutsch.])

In der vorliegenden Arbeit, welche auszugsweise in der 5. Sitzung der Nordischen Gesellschaft für Chirurgie vorgetragen wurde, hat Verf. ein besonders wichtiges Kapitel der plastischen Chirurgie mit seiner reichen Erfahrung beleuchtet. Wo es sich darum handelt, den Verlust der Wand einer Körperhöhle in ihrer vollen Stärke zu ersetzen, hat man der Hauptsache nach drei verschiedene Wege einzuschlagen: 1) doppelte Hautlappen, 2) einfacher Hautlappen mit Schleimhautbekleidung der tiefen Fläche und 3) einfacher auf der Innenseite nach Thiersch epidermisierter Hautlappen. Auch kann es wünschenswert sein, eine Zwischenschicht Periost, Knochen oder Knorpel zu transplantieren. Die dritte dieser Methoden bespricht Verf.

Zuerst hat sie sich ihm bei Operationen wegen Ectopia vesicae bewährt. Schon früher (Nord. med. Arkiv 1893) hat B. behauptet, es sei »dies die beste Transplantationsweise bei Ectopia vesicae, geeignet, alle älteren Methoden zu verdrängen«. Die 11 Jahre, welche seitdem verflossen sind, haben ihm diese Überzeugung bestärkt durch die schönen Resultate in allen denjenigen Fällen, bei denen eine direkte Vereinigung der Ränder des Defektes nicht zu erzielen war. Diese Resultate haben ihn veranlaßt, dieselbe Methode auch bei Operationen an anderen Körperstellen anzuwenden, wo der Behandlung eine ähnliche Aufgabe gestellt wurde. Zunächst bei Hypospadie, sowohl zur Schließung hartnäckiger Fisteln, welche nach Anwendung irgend einer Methode zurückblieben, als auch zur Methode der Wahl bei totaler Hypospadie.

Ein anderes Gebiet, auf welchem Verf. den einfachen Thiersch-schen Hautlappen mit Vorzug angewendet hat, ist die Meloplastik, und zwar — im Gegensatz zu Lexer — besonders bei großen Defekten, z. B. nach Exstirpation nicht nur der Wange in großer Ausdehnung, sondern auch mehr oder weniger große Teile der Lippen, des Mundbodens, der Zunge, des Ober- oder Unterkiefers etc. wegen bösartiger Neubildungen.

Nach einer kritischen Durchmusterung des Verfahrens von Gersuny, v. Hacker, v. Eiselsberg, Hahn, Israël, Czerny u. a. und der Indikationsstellung dieser Forscher zieht B., um von dem relativen Werte des doppelten Hautlappens und des einfachen Thiersch'schen Hautlappens als meloplastischer Methode eine richtige Auffassung zu bekommen, einen Vergleich zwischen der Funktionsfähigkeit der auf die eine oder die andere Art gebildeten Wange. Die Vorzüge sind ganz augenscheinlich. Überdies ist auch der Gesichtspunkt zu berücksichtigen, daß der Operateur bei der Exstirpation der Neubildung — die gewöhnlichste Indikation für umfangreiche meloplastische Operationen — sich bewußt ist, im Be-

sitze einer Methode zu sein, mit deren Hilfe er selbst die größten Defekte ausfüllen kann; und damit er nicht so leicht in Versuchung gerät, das krankhafte Grenzgewebe unvollständig zu entfernen, um etwa Schleimhaut zur Bedeckung des Defektes aus der Nachbarschaft der Geschwulst zu sparen oder der Anwendung des großen Doppellappens zu entgehen.

Wo keine besondere Veranlassung zur Benutzung von Gesicht-, Stirn- oder Schläfenhaut vorliegt, entnimmt Verf. die Haut ausschließlich dem Hals oder Nacken. Die Ausführung der Operation und die Nachbehandlung ist kurz folgende:

1) »Es ist von Wichtigkeit, den Lappen etwas reichlicher zu bemessen, als wenn er direkt nach dem Ausschneiden an seinem definitiven Platz festgenäht würde. Besonders muß die Breite des Lappens die Höhe des Defektes wesentlich überragen.

2) Die Basis des Hautlappens kann bedeutend schmäler gemacht werden, wenn man sich darauf beschränkt, in der ersten Sitzung die Hautgrenzen desselben zu markieren, ihn aber nicht in der Tiefe in der ganzen Ausdehnung frei zu präparieren, welche für die schließliche Drehung desselben erforderlich ist.

3) Der Stiel darf weder stark gespannt noch gedreht werden, die Biegungsstelle wird mit fetter, steriler Baumwolle untergebettet, der Lappen am besten mittels einiger Nähte an der Schläfenhaut befestigt, dann mit den Thiersch'schen Läppchen bedeckt.

4) Um die Aseptik der bepflanzten Oberfläche zu sichern, schließt man den Wangendefekt mit Vorteil durch ein Stück Guttaperchataffet, das an einigen Stellen an den Rändern des Defektes festgenäht, im übrigen durch Bandagen fixiert wird. Die beiden Bandagen werden mittels fetter Watte voneinander isoliert und so gelegt, daß sie unabhängig von einander gewechselt werden können.

5) Etwa 1 Woche nach der Bepflanzung kann, wenn dieselbe geglückt ist, der Lappen an seinen definitiven Platz verlegt werden«.

Auch in der Blepharoplastik sowie in der Rhino- und Tracheoplastik hat Verf. gute Erfolge der genannten Methode zu verzeichnen. Über die Ausführungen der betreffenden Operationen gibt das Original die erforderlichen Details.

Hansson (Cimbrishamn).

5) **S. Behrmann.** Die Behandlung der Teleangiektasien und Angiome durch elastische, mit einer Andrückvorrichtung versehene Kissen.

(Deutsche Ärztezeitung 1902. Nr. 14 u. 15.)

B. zieht zur Behandlung von Teleangiektasien und Angiomen, welche eine knöcherne Unterlage haben, die alte Methode der Kompression heran, welcher er durch seine (abgebildeten) Apparate ein modernes Äußere gegeben hat.

Wenn auch seine Begründung für diese Methodik, daß in der Praxis die kleinen Eingriffe meist verweigert werden, nicht stich-

haltig ist, so ist dieselbe für die Chirurgen deshalb von Interesse, weil es damit gelingen soll, jene ausgedehnten Teleangiektasien des Gesichtes zu heilen oder wesentlich zu bessern, welche ein chirurgisches Vorgehen ausschließen. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

6) **K. Deutschländer.** Zur Pathogenese der kindlichen Skoliose.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Nach einer kritischen Betrachtung über die bisherigen Ergebnisse der Literatur hinsichtlich der Pathogenese der Skoliose geht Verf. etwas näher auf die neueren pathologisch-anatomischen Untersuchungen über die osteomalakischen Knochenstrukturen ein, vornehmlich auf diejenigen v. Recklingshausen's. Unter Zugrundelegung dieser Untersuchungen teilt Verf. den klinischen Verlauf in drei Stadien ein. Das erste Stadium ist das der floriden infantilen Osteomalakie, das zweite Stadium das der statischen Veränderungen und der funktionellen Anpassung, schließlich das dritte Stadium das der Ankylosenbildung und der Fixation der abgelaufenen statischen Deformierungen. **J. Riedinger** (Würzburg).

7) **H. Zuppinger.** Noch einmal die Zuppinger'sche Skoliosentheorie.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Verf. schildert, indem er seine Theorie gegen Schulthess verteidigt, zunächst die von ihm geübte Methode der Thoraxmessung an Lebenden, hauptsächlich bestehend in der Aufnahme horizontaler Thoraxprofile mit dem Bleidraht und in der Benutzung der Photographie. In einer Anzahl von Fällen fand er mittels dieser Methode als erste nachweisbare Erscheinung der beginnenden Deformation eine Drehung des größten und eine Verkürzung des linken diagonalen Durchmessers. Dies war der Ausgangspunkt für seine Theorie, die sich aber nur auf bestimmte Fälle erstreckt, und die Verf. nicht verallgemeinert wissen will. Nicht hierher gehören nämlich diejenigen Fälle, welche die charakteristische Verlagerung des Brustbeins nicht aufweisen. Der weitere Vorgang ist nun nach Z. der, daß die linksseitigen Rippen bei rechtskonvexer Dorsalskoliose den auf sie ausgeübten Druck auf die Wirbel fortleiten und so zur Skoliosenbildung mithelfen. **J. Riedinger** (Würzburg).

8) **J. v. Mikulicz** und Frau **V. Tomasczewski.** Orthopädische Gymnastik gegen Rückgratsverkrümmungen und schlechte Körperhaltung.

Jena, **Gustav Fischer,** 1902. 104 u. XLII. S., 103 Abbildungen.

Das Buch enthält eine vortreffliche Anleitung zur kunstgerechten Ausführung von Turnübungen bei Rückgratsverkrümmungen nach

einer seit vielen Jahren erprobten Methode und ist geeignet, die Ausgestaltung des Turnens, bestehend in Frei- und Geräteübungen, für spezielle orthopädische Zwecke wesentlich zu fördern. Es ist sowohl für Ärzte als für Erzieher geschrieben und darf als ein populäres Werk im besten Sinne des Wortes bezeichnet werden. Das Studium des Buches wird durch zahlreiche gute Abbildungen sehr erleichtert. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

9) **J. Dollinger.** Die Behandlung der Oberschenkel- und Oberarmfrakturen Neugeborener und kleiner Kinder.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 570.)

D. empfiehlt zur Behandlung genannter Knochenbrüche Gipsschienen, mit welchen er sehr gute Resultate erzielte, insbesondere bei den Oberschenkelbrüchen Verkürzung und winklige Heilung vermied. Der gebrochene Oberschenkel wird von einem Assistenten unter Ausgleich der bestehenden Verkürzung und Verbiegung in Hüfte und Knie stumpfwinklig gebeugt gehalten und zunächst eine vordere Schiene gemacht, welche vom Rippenrande bis zum Fuße reicht. Sie wird in der Vertiefung unterhalb der Spin. il. ant. sup. ziemlich tief eingedrückt, damit sie sich zwecks Streckwirkung auf das Bein an diesen Knochen stemmt. Die hintere Schiene hat entsprechende Länge und wird analog gegen Scham- und Sitzbein eingedrückt. Beide Schienen bedecken am Beine den halben Umfang desselben, am Rumpfe reichen sie medianwärts etwas über die Körpermitte; sie werden aus einer ca. 10fachen Lage Gipsbinden hergestellt, mit Watte und Mull gepolstert und mit Mullbinden angewickelt. Die Kinder werden sorgfältig rein gehalten, die Schienen täglich abgenommen und nach Massage der Beinmuskulatur wieder angelegt, bei etwaiger Durchfeuchtung im Ofen nachgetrocknet, bei Bedarf, der während der 3—4 Wochen erfordernden Behandlung 2—3mal eintrat, erneuert. Außer der Sicherung guter Heilung zeichnet sich die Behandlung auch dadurch aus, daß die Kinder nicht dauernd liegen müssen und ambulant behandelt werden können. D. hält sie anderen Behandlungsmethoden für unbedingt überlegen.

D.'s Verbandmethode bei kindlichen Oberarmbrüchen ist analog. Hier wird an der Innenseite des Armes eine Gipsschiene appliziert, welche bei gebeugtem Ellbogen und halbrechtwinklich abduziertem Oberarme vom Handgelenke erst bis in die Achsel herauf und dann heruntergeht und dann die Seite des Thorax umgreift. Auf der Streckseite des Oberarmes wird noch eine kurze Außenschiene hinzugefügt. Auch hier waren die Resultate gut.

2 Abbildungen und ein Literaturverzeichnis (11 Nummern) sind der Arbeit beigefügt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).



10) R. Gersuny. Vorschläge zur Resektion des Humerus.

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 23.)

Nach einer Humerusresektion soll für eine möglichst brauchbare Befestigung des Humerusrestes Sorge getragen und über die vorhandene Muskulatur so disponiert werden, daß möglichst viel von ihrer Kraft nutzbar gemacht werden kann. Zur Erreichung dieses Zieles soll bei geringerem Knochendefekt, nach der Resektion in der Gegend des Collum chirurgicum durch Verlagerung der Muskelinsertionen am oberen Teile des Humerus (Deltoid., Pectoral. maj., Latiss. d.) an eine peripherere Stelle ein neues Muskellager für die neue Knochenverbindung geschaffen werden. Nach der Resektion längerer Stücke, bis herab zur Mitte, soll die Knochensägefläche an der entsprechenden Stelle des axillaren Randes oder am unteren Winkel des Schulterblattes angeheftet werden. Bei vollem oder fast vollem Verluste des Oberarmknochens kann man an eine seitliche Anheftung der Oberarmcircumferenz an die Thoraxpartie denken, um den Unterarm unter dem Einflusse der Oberarmmuskulatur zu halten, ohne Heraufziehung des Stumpfes bei der Kontraktion, und um das haltlose Pendeln des Unterarmes zu verhüten. — Nach diesen Grundgedanken hat G. in einem Falle von Resectio humeri wegen Neubildung an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel gehandelt. Nach der Heilung stemmt sich der ca. 10 cm lange Humerusrest gegen den Thorax; der proximal gelegene knochenlose Teil des Oberarmes ist mit der Thoraxseite verwachsen, die Muskulatur in ihr wirkt aber auf den Knochenhebel mit durchaus befriedigender Funktion.

Herm. Frank (Berlin).

---

11) G. Doberauer. Über die Dupuytren'sche Fingerkontraktur.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Nach Beleuchtung des pathologisch-anatomischen und klinischen Bildes der Dupuytren'schen Fingerkontraktur und besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Ansichten über die Ätiologie dieses Leidens, berichtet D. über die Resultate, welche an der Prager deutschen Klinik in 7 Fällen bei Anwendung des Kocher'schen Operationsverfahrens erzielt worden sind.

D. hält Allgemeinnarkose und Blutleere für erforderlich. Das Hauptaugenmerk ist darauf zu richten, eine Hautgangrän zu vermeiden, welche den Erfolg der Operation sehr in Frage stellen kann. Deshalb ist die Bildung eines großen Hautlappens gefährlich. Von größter Bedeutung ist die Nachbehandlung durch Massage und passive Bewegungen. Das Fehlen einer derartigen Nachbehandlung wird für den mangelhaften Erfolg in 2 Fällen der Wölfler'schen Klinik als Ursache angesehen.

Blauel (Tübingen).

12) C. Timann. Die Behandlung der Spina ventosa mittels freier Autoplastik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

T. beschreibt ein von Müller-Rostock schon seit mehreren Jahren geübtes Verfahren, den bei Spina ventosa durch Radikaloperation entstandenen Defekt der Diaphysen der Mittelhand-, Mittelfuß- und Phalangenknochen zu ersetzen. Unter Blutleere wird die Diaphyse, meist mit dem Periost, total exstirpiert. Der Defekt wird durch ein entsprechend großes, besser noch größeres Stück aus dem unteren Ende der Ulna ersetzt. Dieses Stück wird mit dem zugehörigen Periost mittels feinen Meißels aus der freigelegten Partie des äußeren Ulnarrandes entnommen und zwischen die stehengebliebenen Gelenkenden eingefügt. Beide Wunden werden dann geschlossen. Es folgen 12 Krankengeschichten und eine Reihe von Röntgenbildern.

Nach Verf. erzielt die freie Osteoplastik aus der Ulna bei einer gewissen Einfachheit der Ausführung eine meist recht gute Funktion der Finger. Letztere tritt allerdings oft erst nach Verlauf von 3 bis 5 Monaten ein, wenn der Ersatzknochen sich an die neuen Verhältnisse angepaßt hat. Als Vorschrift ist zu betrachten: Je jünger das Individuum ist, um so größer als das exstirpierte Knochenstück muß das Ersatzstück gemeißelt werden.

Blauel (Tübingen).

---

13) A. Möller. Zur orthopädisch-chirurgischen Behandlung der schlaffen Lähmungen der unteren Extremitäten.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Verf. empfiehlt die Anlegung eines Krause'schen Gipsgehverbandes nach dem Redressement paralytischer Kontrakturen der unteren Extremitäten. Werden solche Verbände längere Zeit getragen, so sind Sehnentransplantationen leichter auszuführen.

J. Riedinger (Würzburg).

---

14) K. Ludloff. Zur Pathogenese und Therapie der angeborenen Hüftgelenksluxationen.

(Abdruck aus dem Klinischen Jahrbuch.)

Jena, **Gustav Fischer**, 1902. 136 S. mit 14 Tafeln u. 152 Abbildungen im Text.

Verf. stützt sich auf ein Beobachtungsmaterial von 23 Fällen aus der v. Eiselsberg'schen Klinik in Königsberg. Die Krankengeschichten dieser Fälle sind in der Arbeit vorangestellt. Alsdann folgt eine genaue Analyse der Röntgenbilder; und zwar sind die für die Pathogenese wichtigen Eigentümlichkeiten derselben übersichtlich zusammengestellt. Den Leser erfreut die Gründlichkeit der Untersuchung und die feine Beobachtungsgabe, die aus der Schilderung der einzelnen anatomischen und pathologischen Befunde hervorgeht. Letztere ergeben sich zunächst aus der Vergleichung von Serien-

bildern in einer Reihenfolge vom jüngsten bis zum ältesten Individuum. So folgt nach der Vergleichung der Röntgenbilder der luxierten Pfannen unter sich die der Röntgenbilder der nicht luxierten Pfannen, wobei auch die traumatischen Verrenkungen in Berücksichtigung gezogen werden. In ähnlicher Weise werden die Oberschenkel beschrieben, sowie die Stellung des Kopfes zur Pfanne. Einen besonderen Wert legt Verf. auf die genaue Berücksichtigung der Verstärkungsbänder des Hüftgelenkes.

Die Hauptergebnisse der Untersuchung beziehen sich auf die Abflachung und die Verkleinerung des Pfannencavums, die geringe Hervorragung des Pfannenrandes, die Existenz einer Gleitfurche im oberen Pfannenrande, sowie die Verkleinerung, Deformierung und Dislokation des Kopfes und des Schenkelhalses.

Zum besseren Verständnis der Pathogenese stellte Verf. auch Untersuchungen an normalen Hüftgelenken von Erwachsenen und von 25 fötalen Leichen an. Es ergab sich am fötalen Skelett eine auffallende Disposition zur Oberschenkelverrenkung, bedingt durch große Flachheit der Pfanne, Mißverhältnis zwischen Kopf und Pfanne und mangelhafte Festigkeit der Kapselpartie oben hinten zwischen dem Lig. ileofemorale superius und dem Lig. ischiofemorale. Nach umschriebener Ausweitung der Zona orbicularis kommt es bei Flexions- und Adduktionsstellung des Oberschenkels an jener Stelle leicht zu einem Heraustreten des Oberschenkelkopfes. Dem austretenden Kopfe wird außerdem der Weg dadurch erleichtert, daß die Knorpelfuge im hinteren oberen Pfannenrande, zwischen den Kernen des Os ilei und des Os ischii, länger bestehen bleibt. Hat nun der Kopf einmal die Pfanne verlassen, so kommt es an beiden zu sekundären Veränderungen.

Hinsichtlich der Therapie ist zu erwähnen, daß die Klinik das unblutige Lorenz'sche Verfahren angenommen hat. Nach dem Verlassen der Schraubenextension wurde Pumpenschwengelbewegung nach Hoffa und Einrenkungsmanöver über dem Klotz angewandt mit nachfolgender Feststellung des Oberschenkels in Abduktion von mindestens 90 bis 120° und Überstreckung. Bei älteren Kindern wurde vorher auf ca. 8 Wochen ein Beckengipsverband über die verrenkte Hüfte bis zum Knie angelegt, wodurch die Muskulatur erschlafft und die Reposition erleichtert wurde. Der Verband nach der Einrenkung umschloß gewöhnlich den reponierten Oberschenkel bis zu den Femurkondylen des gebeugten Knies, den anderen Oberschenkel in gestreckter Stellung bis zur Mitte und den Rumpf bis zum Ende der Rippenbogen. Nach 14 Tagen wurde der Verband gewechselt. Erst nach 3—7 Monaten wurde die Primärstellung durch Verringerung der Abduktion bis auf 45° und Verringerung der Außenrotation in eine Sekundärstellung umgewandelt, welche alsdann bei einseitiger Reposition durch einseitige Gipshose bis zu den Knöcheln oder Zehen festgehalten wurde. Pat. ging von da an mit hoher Sohle unter dem gesunden Beine am Gehbänkchen umher.

Zuletzt wurde ein gutsitzender Lange'scher Gürtel angelegt. Die Reposition wurde in dieser Weise an 20 Gelenken vorgenommen. Unter diesen glückte sie definitiv bei 19. Die Kinder hatten ein Alter bis zu 12 Jahren. Bei einem Kinde mit Little'scher Krankheit gelang es nicht, die Repositionsstellung zu erhalten.

Verf. gibt noch über eine Reihe weiterer Einzelheiten hinsichtlich der Therapie, des Mechanismus der Reposition und der späteren Resultate interessante Aufschlüsse.

6 Tafeln enthalten die durchgepausten Umrißzeichnungen von Röntgenphotogrammen, 6 weitere Tafeln diese Photogramme selbst, entsprechend verkleinert. Auf 2 Tafeln sind andere, zum Vergleich herangezogene Becken, sowie fötale Skelette in Röntgenbildern zur Darstellung gebracht. **J. Riedinger (Würzburg).**

15) **C. Ghillini.** Le traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche par rapport aux difformités du fémur.

(Revue d'orthopédie 1902. Nr. 1.)

Für die verschiedenen Stellungen des Kopfes zur Pfanne benutzt G. auch verschiedene Exkursionen, um denselben an die gehörige Stelle zu bringen. Er empfiehlt bei der zu hohen Stellung Abduktion, der zu tiefen Adduktion, der Stellung zu weit nach vorn Rotation nach innen, zu weit nach hinten Rotation nach außen. Verf. verfügt über mehr als 100 Erfahrungen. Die Gleichstellung der angeborenen Verrenkung mit der traumatischen bezüglich der Einrichtungshandgriffe ist falsch wegen der Deformationen des Kopfes. Bei einem 20 Monate alten Kaninchen hat G. 2 Monate nach künstlicher Herstellung einer Luxatio iliaca posterior die Neubildung einer neuen Pfanne entstehen sehen.

Herm. Frank (Berlin).

16) **M. Reiner.** Über die unblutig operative Epiphyseolyse zur Behandlung des Genu valgum adolescentium.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Die Arbeit bildet eine Erweiterung des Vortrages, den Verf. auf der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg gehalten hat (konf. Zentralblatt für Chirurgie 1901 Nr. 50). Insbesondere hat er die Literatur ausführlicher behandelt und geht genauer auf die Technik der Epiphyseolyse am unteren Abschnitte des Femur ein. Ferner sind die anatomischen Veränderungen und die Resultate von Leichenversuchen unter Benutzung von Röntgenbildern erörtert. Von neuem tritt Verf. für das Verfahren, für welches er einen eigenen Apparat konstruiert hat, auf Grund seiner im Lorenz'schen Ambulatorium in Wien gemachten Erfahrungen ein.

J. Riedinger (Würzburg).

17) **Mally** et **Richon.** De la fracture du Dupuytren. Moyens de contention. Amyotrophies reflexes; déviation secondaire. Consolidation vicieuse.

(Revue de chir. XXII. ann. Nr. 8—10.)

Die Arbeit ist veranlaßt durch 3 zum Teil sehr genau beobachtete und beschriebene Fälle von Dupuytren'scher Fraktur, die sich neben mangelhafter Konsolidation vor allem durch atrophische Erscheinungen an der Muskulatur des Unterschenkels auszeichneten.

Verff. holen recht weit aus und widmen zuerst historischen Angaben eine Reihe von Seiten.

Die Kernpunkte der hier interessierenden Kapitel sind die Theorien der Verff. über die Entstehung der trophischen Störungen sowie ihre Behandlungsvorschläge.

Die Folgeerscheinungen der Dupuytren'schen (Abduktions-) Fraktur erklären sich aus ihrer Natur als Gelenkbruch.

Durch Reflexwirkung auf das Rückenmark kommt es zur Degeneration und numerischen Verminderung der Ganglienzellen des Vorderhornes der entsprechenden Seite. Zur Begründung dieser Annahme stützen sich Verff. auf Tierexperimente (Mignot und Mally, Raymond und Deroche), sowie auf Mitteilungen Klippel's vom Menschen; sie vermuten hierin den Grund für die verschiedenartigen Störungen, die bei sonst anscheinend richtiger Behandlung und guter Heilung des Bruches sich so häufig einstellen: Hyperhydrosis, Hypertrichosis, Ödem, Weichheit des Kallus, Ausbleiben der Ossifikation und deren Folgen für Gestalt und Funktion.

Auf diesen Betrachtungen baut sich der Behandlungsplan auf, welchen die Verff. dem Bruche und event. sich einstellenden Amyotrophien angedeihen lassen.

Den 1. Teil bildet die Einrichtung des Bruches und der begleitenden Verrenkungen. Sodann wird ein Gipsschienenverband angelegt, welcher das Prinzip der Dupuytren'schen inneren Schiene verbindet mit der doppelten Absicht, Dekubitus des inneren Knöchels und Verschiebung der Bruchstücke zu vermeiden.

Aus Tarlatan in etwa 16facher Lage wird eine hintere Schiene mit am Ende halbseitig abgesetztem Flügel ausgeschnitten, der außen um den Fußrücken herumgeschlagen werden soll; sie ist mit Einkerbungen für die Knöchel versehen, wird, mit Gips gesättigt, an den rechtwinklig adduzierten Fuß angelegt und schnell mit Binden befestigt. So lange sie noch plastisch ist, wird eine innere (Dupuytren'sche) Schiene mit Wattekissen angebracht und über dieser die Fußstellung noch verschärft und gefestigt. Sie bleibt 48 Stunden — bis zur völligen Erstarrung des Gipsverbandes — liegen. Nach etwa 45 Tagen wird der Verband entfernt. Während dieser Zeit kann die Konsolidation durch Radiographie verfolgt werden. Das Bein erhält dann einen Schienenhülsenapparat, um die vorzeitige Belastung des weichen Kallus zu verhindern.

Vor allem ist nun festzustellen, ob reflektorische Reizerscheinungen des Rückenmarkes bezw. dadurch bedingte spastische Symptome an den Unterschenkelmuskeln — Tibiales, Peronei — bestehen; denn wahrscheinlich setzen jene Vorgänge recht früh ein und verlaufen ziemlich akut. Dann sind vor allem Massage, Faradisation und Ermüdung — weil den Reizzustand erhöhend — zu verwerfen; an ihre Stelle treten vorsichtige passive Mobilisierung, statisch-elektrische Böder, elektrische Reibungen des unteren Teiles der Brustwirbelsäule (Lendenmark). Unter dieser Behandlung sollen die trophischen Störungen der Muskeln schnell zurückgehen. Inwieweit auch die anderen — als trophische bezeichneten — Vorgänge, Kallusbildung etc., heilsam beeinflußt werden können, muß wohl die Zukunft lehren, von der wir auch die weitere Bestätigung der reflektorisch-entzündlichen Degenerationen in den Vorderhörnern erwarten müssen.

Christel (Metz).

---

18) **E. Destot.** Fractures du tarse postérieur (malléoles, astragale, calcaneum).

(Revue de chir. XXII. ann. Nr. 8.)

19) **L. Ombrédanne.** Contribution à l'étude des fractures de l'astragale.

(Ibid. Nr. 8 u. 9.)

Die Arbeiten sind ihrem Charakter nach verschieden und kommen auch zu verschiedenen Ergebnissen.

Die erste ist rein deskriptiv. Im Verlaufe von 6 Jahren hat D. ca. 500 Radiogramme von Fußkontusionen gesammelt, um die pathologische Anatomie der Tarsusfrakturen zu studieren und Typen aufstellen zu können. Die Aufnahmen wurden meist dann erst gemacht, wenn die Schwellungen und Ergüsse durch Resorption verkleinert waren. Es ist unmöglich, im Rahmen des Referates die zahlreichen Variationen der Bruchlinien, mutmaßliche Mechanik, klinische Bedeutung und Behandlung der einzelnen Typen zu besprechen; nur einiges sei mitgeteilt zugleich im Hinblicke auf die zweite Arbeit.

D. ist der Ansicht, daß Leichenversuche unzuverlässig sind und nicht das ergeben, was man von ihnen verlangt, weil sie den Unregelmäßigkeiten der natürlichen Vorkommnisse zu wenig Rechnung tragen. Er nimmt ferner an, daß der Bruch des Taluskopfes in extremer Dorsalflexion durch Dekapitation zustande komme, weil der vordere Schienbeinrand auf ihn getrieben werde — eine Ansicht, der O. entgegentritt. Doch dürfen wir O. insofern beipflichten, daß, selbst wenn wir an der Wirksamkeit der Abreißungen festhalten, die sicher ist bei Auftreffen des ganzen Fußes, wir doch die weitere, die Bruchstücke zermalmende Wirkung der fortdauernd verletzenden Kraft nicht vernachlässigen dürfen. Auf die Frage, warum bei senkrechtem Stoße auf die Tibia von oben diese im Talotibialgelenke — event. (Durand) in 3 Bruchstücke — berstet, während der viel

weniger resistente Calcaneus intakt bleibt, vermag er eine Antwort nicht zu geben.

Es ist bedauerlich, daß D. mit dem großen verwendeten Material sozusagen nur Skizzen entworfen hat. Zudem sind Symptomatologie, Mechanik und Therapie als gemeinsame Kapitel — getrennt von der mit äußerst schematischen Figuren ausgestatteten pathologisch-anatomischen Abhandlung — besprochen, wodurch die Arbeit wohl sehr abgekürzt, ihre Verständlichkeit jedoch beeinträchtigt wird.

O. sucht die Mechanik der Talusfrakturen durch Experimente zu begründen, die er so anstellte, daß über dem horizontal am Boden fixierten Fuß der Unterschenkel stark gebeugt wurde, weiterhin unter Hinzufügung von Ad- und Abduktionsbewegungen. Auf diese Weise ist es ihm gelungen, 3 Frakturtypen ziemlich regelmäßig zu erzeugen:

1) Fraktur des Talushalses; Bruchfläche frontal hinter dem Ansatze des Lig. ypsiliforme nach aufwärts, mit oberer Grenzlinie am oder im Tarsotibialgelenke.

2) Sagittal verlaufende Fraktur, welche das Lig. talocalcaneum am inneren Rande vom Cap. tali abtrennt.

3) Abreißungen der Tuberc. poster. int. oder ext., bezw. beider, nach dem Shepard'schen Typus.

Alle sind »Fractures par arrachement«, besonders der Bruch des Taluskopfes. Gegen Dekapitation spricht 1) daß die obere Bruchlinie oft noch hinter dem Kopfe in der Gelenkfläche, die untere hinter dem Lig. ypsiliforme verläuft, und 2) häufig die Malleolen nicht gleichzeitig abgerissen sind — was für die Abquetschung die Vorbedingung wäre.

Klinisch wird sich die Fraktur des Taluskopfes durch Verschiebung des Vorfußes nach einwärts, event. gleichzeitige Verkürzung zu erkennen geben, während die beiden anderen Formen meist das Bild schwerer Verstauchung darbieten dürften. Besonders wird man immer, wenn nach Fall auf die Füße mit starker Dorsalflexion trotz monatelanger zweckmäßiger Behandlung noch Gehstörungen — Achillodynie — zurückbleiben, nach Abreißung der Tubercula suchen müssen, die wenig Neigung zum Verwachsen zeigen.

Da die Typen 1 und 3 eine ziemlich ungünstige Prognose haben, wird man frühzeitig mittels Röntgenstrahlen die Diagnose sichern und event. von vornherein den Talus entfernen. Daß auch Zertrümmerungsfrakturen des Talus zwischen Tibia und Calcaneus zustande kommen, bezweifelt O. auf Grund seiner Untersuchungen; nur direkte äußere Gewalteinwirkung — Überfahren, Schußverletzungen — könnte dies tun.

Trägt so die Arbeit das Gepräge großer Präzision, so ist doch dabei des D.'schen Einwurfes zu gedenken, daß die gleichmäßigen Vorbedingungen des Experimentes sich relativ selten unter den unberechenbar wechselnden Komponenten der Kraftrichtung und -größe

sowie der Flächenverhältnisse, wie das Betriebsleben sie stellt, zusammentreffen werden.

Christel (Metz).

---

20) **De Forest Willard.** Club-foot; astragalectomie for relapsed and inveterate cases.

(International clinics Vol. III. Serie 12.)

Die Talusexstirpation wegen Klumpfußes ist angezeigt: 1) bei Erwachsenen mit starker Knochendeformität, 2) bei nicht behandelten Kindern von 5—15 Jahren, deren Tarsus durch das Umhergehen stark verschoben wurde, 3) bei Fällen, die nach den gewöhnlichen Operationsmethoden (Redressement, Tenotomien) rezidivierten, 4) ausnahmsweise bei jungen Kindern, bei denen die Fußknochen von Anfang an außerordentlich unnachgiebig und die Bewegungen in den Gelenken sehr eingeschränkt sind. Die Talusentfernung ist in Fällen, in denen überhaupt Eingriffe am Knochen notwendig sind, nach den Erfahrungen des Verf. die beste Methode, da sie einen im Fußgelenk gut beweglichen Fuß schafft. Operationen an der Achillessehne werden dabei nur selten notwendig. Verf. demonstriert an mehreren Photogrammen seine Resultate.

Mohr (Bielefeld).

---

21) **K. Hasebroek.** Über Mittel-Vorderfußbeschwerden und deren Behandlung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Verf. macht unter Mitteilung entsprechender Fälle darauf aufmerksam, daß sich unter den Beschwerden, die als Plattfußbeschwerden bezeichnet werden, in der Regel primäre Gelenkaffektionen, wie Rheumatismus, Gicht, Gelenkneurose etc., verbergen. Auf das Trauma hat er schon früher aufmerksam gemacht. Völlig abweichend von der bisherigen Anschauung nimmt Verf. sogar an, daß der Plattfuß im Beginne überhaupt ohne Beschwerden verläuft.

Charakteristisch für die Störungen im Chopart'schen Gelenke und in den angrenzenden Gelenkverbindungen ist die schmerzhafte Versteifung der Gelenke für Pro- und Supinationsbewegungen des Fußes. Eine weitere Kategorie von Störungen betrifft das Lisfranc'sche Gelenk. Dieselben äußern sich ebenfalls in abnormer Rigidität, ferner in Flexionsstellung des Gelenkes (Hohlfuß), und sind häufig kombiniert mit Schmerzen in anderen Gelenken.

Die Therapie besteht in Massage, manueller Redression, Gymnastik, sowie in der Anwendung von Einlegesohlen, welche der Fußsohle zweckmäßig anzupassen sind. Als Material für die Einlegesohlen wird Celluloid empfohlen. Auch prophylaktisch muß das Schuhwerk in zweckmäßiger Weise eingerichtet sein.

J. Riedinger (Würzburg).



Kleinere Mitteilungen.

(Aus der k. k. chirurgischen Universitätsklinik zu Graz weil. Hofrat Prof. Nicoladoni's.)

Zur Technik der Behandlung kavernöser Tumoren.

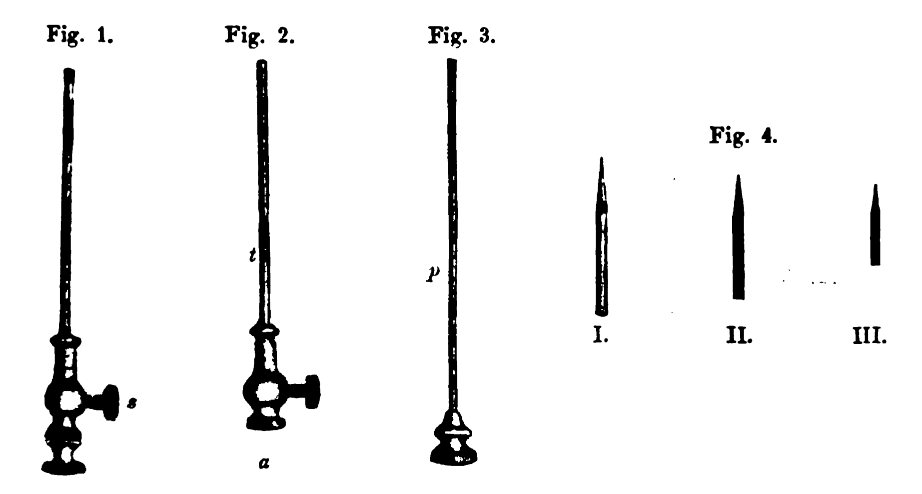
Von

Prof. Dr. **Erwin Payr.**

Ich habe zu Beginn des vergangenen Jahres in einem kleinen Aufsatze in der »Deutschen Zeitschrift für Chirurgie« die Entwicklungsgeschichte, die Indikationen und die Technik eines Verfahrens mitgeteilt, das in einfacher und gefahrloser Weise mächtige, selbst auch auf weit verzweigte Wurzelgebiete ausgedehnte, anderer Art inoperable kavernöse Tumoren erfolgreich zu behandeln erlaubt.

Es wurde in obiger Arbeit die Einführung von Magnesiumpfeilen in alle Richtungen des Tumor cavernosus empfohlen, mit der Begründung, daß durch die Anwesenheit jenes metallischen, resorbierbaren Fremdkörpers im Gewebe in den bluterfüllten Maschenräumen der Neubildung Gerinnungs- und Obliterationsvorgänge auftreten, die schließlich zu einer vollkommenen Verödung derselben, i. e. einer soliden Heilung führen.

Ich habe seitdem Gelegenheit gehabt, eine, wenn auch noch kleine Reihe von kavernösen Tumoren nach dieser Methode zu behandeln.



Ohne auf die Fälle, die sämtlich völlig zufriedenstellende Erfolge ergeben haben, hier näher einzugehen — es geschieht dies an anderer Stelle —, möchte ich nur ein Wort über einige technische Verbesserungen sagen, die sich bei erweiterter Erfahrung und öfterer Übung ergeben haben.

Die aus Magnesiumblechstreifen zugeschnittenen Pfeile wurden mit einer Péan'schen Pince hémostatique in verschiedenen Richtungen in die kavernöse Geschwulst hineingesteckt.

Die früher mit dem Tenotom angelegte Öffnung wurde durch eine Knopfnaht verschlossen. Ich glaube nun, daß es zweckmäßig ist, wenn man schon vorher zugerichtete Pfeile, konischer Gestalt und auf der Drehbank mit völlig glatter Oberfläche hergestellt, in verschiedener Größe vorrätig hat. Diese Pfeile lassen

sich nämlich in äußerst bequemer Weise durch eine trokarähnliche Vorrichtung, die ich verfertigen ließ (Fig. 1), in jeden beliebigen Teil der Geschwulst verschieben; die Röhre (Fig. 2) des kleinen Apparates, der vorstehend abgebildet ist, bleibt im Gewebe stecken, und durch die hintere Öffnung wird ein Pfeil nach dem anderen (bei *a*) eingeschoben und mit dem Pistill (Fig. 3) vorgeschoben. Da die Pfeile (Fig. 4) nicht aus dünnem Blech bestehen, sondern im Querschnitte rund sind, kann der Durchmesser der Röhren ein recht geringer sein und ist die Hautverletzung so unbedeutend, daß sie wohl keiner Naht zum Verschlusse bedarf und gar nicht entstellt.

Für besonders vorteilhaft halte ich aber, daß man mit dieser kleinen Vorrichtung in der Lage ist, ganz genau zu bestimmen, wohin der Magnesiumpfeil zu liegen kommt. Beim Einschieben mit einer Arterienklemme hat sich doch öfters das dünne Blech verbogen; ich kann nach den bisherigen Erfahrungen nur sagen, daß für die baldige und vollständige Verödung des Tumors es sehr wichtig ist, daß die Pfeile möglichst gleichmäßig über alle seine Partien verteilt sind.

Durch die Stellschraube (*s* Fig. 1) kann das Pistill so fixiert werden, daß bei zur Hälfte über die vordere Mündung vorsehenden Pfeilen das Instrument wie ein Trokar, ohne vorherige Tenotomöffnung, durch die Haut durchgesteckt werden kann, wobei nun die Röhre (*t*) liegen bleibt.

Es ist zweckmäßig, die kleine Röhre[1] in 2—3 Größen, je nach Körpergegenden, Größe des Tumors und Alter des Individuums vorrätig zu haben. Dieser verschiedenen Röhrengröße sind auch die Pfeile angepaßt (1, 2, 3 Fig. 4).

Das zweckmäßigste Material für die Trokarröhren dürfte Platiniridium sein, das durch Ausglühen jedesmal absolut verläßlich keimfrei gemacht werden kann.

22) A. Schanz. Anstaltsbericht.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Seit dem ersten Berichte über die S.'sche Heilanstalt ist die Zahl der daselbst behandelten Pat. weit über 3000 gestiegen. Die Einrichtungen der Anstalt wurden wesentlich erweitert und konsolidiert. In allem wurde den Fortschritten der Orthopädie, an denen S. ja selbst vielfach teilgenommen hat, Rechnung getragen. In speziellen Kapiteln über einzelne Krankheiten hat Verf. hierüber genauer Rechenschaft gegeben. **J. Riedinger** (Würzburg).

23) K. Wilde. Über tabische Gelenkerkrankungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 487.)

Das wichtigste, was diese Arbeit bietet, sind 10 gut gelungene Reproduktionen von Röntgenaufnahmen neuropathischer Gelenk- bezw. Knochenerkrankungen, die in der Greifswalder Klinik (Bier) bei 3 Tabespatienten zur Beobachtung gelangt sind. W. liefert die eingehende Krankengeschichte dieser Fälle, bespricht dieselbe unter Anziehung einschlägiger Literatur (84 Nummern zählendes Verzeichnis der letzteren zum Schluß der Arbeit) und erläutert auch die Röntgenbilder, welche als sehenswert hervorgehoben werden mögen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

24) Michel. Zur Kasuistik der Gelenkerkrankungen bei Syringomyelie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Verf. gibt eine Zusammenstellung der an der Tübinger chirurgischen Klinik zur Beobachtung gekommenen Fälle von Gelenkerkrankungen bei Syringomyelie und bespricht an der Hand dieser Kasuistik und unter Berücksichtigung der ein-

[1] Anmerkung: Die Einführungsröhren hat mir Herr Brož, Graz, geliefert, die Magnesiumpfeile die Firma Rohrbeck, Wien, Kärntnerstraße 59.



schlägigen Literatur das klinische Bild dieser Erkrankungen, sowie die pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche denselben zugrunde liegen. Bei dem relativ großen Materiale, 17 Fälle mit 20 Gelenkerkrankungen, konnte Verf. eine wertvolle Ergänzung unserer bisherigen Kenntnisse über Arthropathien bei Syringomyelie geben. **Blauel** (Tübingen).

25) **R. Trzebicky.** Phlegmone und Amputation.

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 38.)

Der Schwerpunkt der Indikation für die Amputation liegt im Feststellen des Augenblickes, in dem das Fortschreiten des Eiterungsprozesses trotz breiter Einschnitte das Leben des Kranken bedroht. Das Urteil darüber ist aber in erster Linie Erfahrungssache. Der Autor stellt für die Notwendigkeit der Gliedabsetzung zunächst 3 Anzeigen auf: 1) Putride Gangrän in Verbindung mit schwerer Allgemeininfektion, um der weiteren Resorption der Bakterien und ihrer Produkte vorzubeugen und die lokalen Toxine (Bauer) zu beseitigen. 2) Absolute Unmöglichkeit, dem Eiter freien Abfluß zu verschaffen, z. B. bei manchen Formen akuter Gelenkeiterung. 3) Phlegmone mit großer Quetschung der Gewebe und insbesondere mit Hemmung der arteriellen und venösen Circulation. Sein Material gruppiert sich folgendermaßen:

Von 373 schweren Phlegmonen veranlaßten 26 primäre Amputation, wurden 347 konservativ behandelt. Von den ersteren starben 5, 21 wurden geheilt, von den letzteren starben 33, 314 wurden geheilt.

Bei 11 Kranken, welche, konservativ behandelt, rein an der Eiterung zugrunde gegangen sind, war 8mal der Allgemeinzustand ein solcher, daß die Amputation ebenso schlechte Aussichten bot. 2 von diesen sind an Usurierung großer Gefäße und Blutung, 1 an Pyämie bei Kniegelenkseiterung gestorben. Hier glaubt der Autor in der Tat, daß die Amputation möglicherweise das Leben gerettet hätte. **Herm. Frank** (Berlin).

26) **N. S. Lapin.** Ein Fall von Luxation des Epistropheus.

(Verhandlungen der Gesellschaft russischer Ärzte in Moskau.)

(Beilage zur Chirurgie 1902. [Russisch.])

Ein 31jähriger Müller fällt etwa 7 m tief und stößt mit der rechten Seite der Stirn gegen eine federnde Brettdiele, streckt darauf beim Erheben auf die Knie den Hals stark nach rückwärts. Nach 3 Tagen Kopf fixiert, nach hinten und links gebeugt, Halsmuskeln besonders rechts stark kontrahiert. Dornfortsatz des Epistropheus steht hinten hervor, ist nach unten und 0,5 cm nach links verschoben. Per os: Der Rand des Körpers vom 3. Halswirbel steht hervor, über demselben eine Vertiefung. Keine Knochenkrepitation. — Eine Röntgenphotographie zeigt Luxation des Epistropheus, Diastase (nach vorn) des 3. Wirbels und außerdem eine Drehung des Atlas mit dem Kopfe von rechts nach links über der Gelenkfläche des Epistropheus um fast 45°. Die Luxation richtete sich nach 2 Tagen (5 Tage nach Entstehung) von selbst beim Treppensteigen ein.

Gückel (Kondal, Saratow).

27) **H. Maass.** Über den »angeborenen« Schiefhals.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Verf. erstattet einen ergänzenden Bericht über 40 schon von Friedberg besprochene Fälle aus der Neumann'schen Kinderpoliklinik in Berlin. In vereinzelten Fällen möchte Verf. hinsichtlich der Ätiologie eine infektiöse Myositis im Sinne von v. Mikulicz und Kader zugeben. Für die meisten Fälle liegt ihm aber die Annahme einer in der Geburt erfolgten traumatischen Muskelnekrose mit sekundärem Ersatze durch narbiges Bindegewebe wie bei der ischämischen Muskelnekrose näher. Die intra-uterine Entstehung des Leidens ist nach M. verhältnismäßig selten.

Von den operativen Methoden der Behandlung bevorzugt M. die v. Mikulicz-sche Operation, welche am besten schon im ersten Lebensjahre ausgeführt wird und vorzügliche Resultate gibt. **J. Riedinger** (Würzburg).

28) **George Elliot.** A contribution to the treatment of spasmodic wry-neck.

(New York med. journ. 1902. Oktober.)

Verf. demonstriert an einem charakteristischen Falle eines Schiefhalses auf neurogener Basis, bei dem durch Jahre hindurch alle möglichen Behandlungsmethoden angewendet wurden, die Vorteile seiner Schienenbehandlung; nach seiner Ansicht ist auch operatives Vorgehen zwecklos. Der Apparat besteht aus einem Kinnstück nach Taylor, das hinten seine Stütze findet in einer an einem Korset befestigten Stange; in ihrem oberen Teile ist die Stange ersetzt durch eine Sprungfeder; zwischen ihr und dem festen Teile sind zwei archimedische Schrauben eingesetzt, durch deren Verstellung Flexion und Extension, sowie insbesondere Rotation ermöglicht werden. Durch diesen einfachen Apparat wurde die Pat., welche im letzten Halbjahr den linksgeneigten Kopf mit der Hand zu unterstützen gezwungen war, völlig geheilt. 4 Bilder veranschaulichen die Tragweise des Apparates.

Scheuer (Berlin).

29) **L. Kędzior.** Zur chronischen ankylosierenden Wirbelentzündung.

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 5—7.)

Der Autor vermehrt die Kasuistik der in das Gebiet der »ankylosierenden Wirbelentzündung« (Typus P. Marie-Strümpell) und der »Steifheit der Wirbelsäule mit Neuralgien« (Typus Bechterew) gehörigen Fälle um 8 Beobachtungen. Die Hauptveränderungen fanden sich dabei im Halsteile der Wirbelsäule, doch zeigen einige Fälle auch die Schulter- und Sternoclaviculargelenke ergriffen; die Hüftgelenke waren meist frei. Deutliche knöcherne Vorwölbungen im Halsteile der Wirbelsäule in einzelnen Fällen deuten auf Ossifikationen, eine scharfe Scheidung zwischen einfach »rheumatischen« und deformativen Vorgängen läßt sich aber nicht durchführen; in einem Falle war auch der Übergang deutlich. Ein Fall bot den Typus der »Spondylose rhizomélique«, ein anderer entspricht dem der »traumatischen Wirbelentzündung«.

Herm. Frank (Berlin).

30) **E. Schmidt.** Zur Kenntnis der Skoliose bei Tieren.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Auf Veranlassung von Vulpius beschreibt Verf. ein skoliotisch verbogenes Gansskelett und reiht den Fall in die spärliche Kasuistik der nichtexperimentellen Tierskoliosen ein.

J. Riedinger (Würzburg).

31) **H. Maass.** Ein Fall von angeborener Skoliose.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Der Fall betrifft ein 3 Monate altes Mädchen mit linkskonvexer, auch im Röntgenbild zu erkennender Totalskoliose. Bei dem Fehlen aller sonstigen ätiologischen Momente ist derselbe der Gruppe der intra-uterinen Belastungsdeformitäten zuzuzählen.

J. Riedinger (Würzburg).

32) **A. Sutter.** Über Unterschiede in der Form der Skoliosen bei männlichen und weiblichen Individuen.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Das Material, über welches Verf. berichtet, ist das des Lüning-Schulthess-schen orthopädischen Institutes in Zürich. Schulthess hat darüber bereits eine Gesamtstatistik veröffentlicht, an welche sich die vorliegende Arbeit anschließt. Dieselbe erteilt Aufschluß über die Besonderheiten, welche die männlichen Fälle gegenüber den weiblichen Fällen und gegenüber der Gesamtstatistik aufweisen hinsichtlich der Häufigkeit, des Alters der Pat., der Richtung der Deviation, der Gegenkrümmungen, der Art der Verkrümmung, der Lage der Krümmungsscheitel, der Höhe der Deviation und des »Überhängens« der Skoliosen.

J. Riedinger (Würzburg).

33) **S. Loebel. Plattfuß und Skoliose.**

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. X. Hft. 4.)

Die Frage über das Zusammentreffen von Plattfuß und Skoliose ist noch nicht entschieden. Die vorliegende Arbeit trägt zu ihrer Lösung bei. L. berichtet über 124 Fälle von Skoliose und rundem Rücken, welche Schulthess ohne Auslese auf das Vorhandensein von Plattfuß untersucht hat. Das Material teilt sich in 4 statistisch verarbeitete Gruppen (normale Füße, doppelseitige Plattfüße, einseitige Plattfüße, Neigung und Anlage zu Plattfuß). Der Form nach werden unterschieden: Pes valgus, Pes plano-valgus und Pes planus. Als Hauptergebnis der Arbeit ist hervorzuheben, daß Plattfuß und Skoliose in der Tat sehr häufig nebeneinander vorkommen, da in 71,1% der Skoliosenfälle ausgesprochener Plattfuß und in 7,8% Anlage zu demselben nachzuweisen war. Der Plattfuß ist aber in der Regel nur als Begleiterscheinung, nicht als ätiologisches Moment aufzufassen. **J. Riedinger** (Würzburg).

34) **F. Magnus. Ein Fall von multiplen kongenitalen Kontrakturen mit Muskeldefekten.**

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Bei einem 15 Jahre alten Knaben, der in das Krüppelheim der Königin Carola-Stiftung in Dresden aufgenommen ist, sind angeborene Kontrakturen an fast allen Extremitätengelenken nachzuweisen. Wahrscheinlich sind dieselben Folge intra-uteriner Raumbeschränkung. Um dem Pat. Gehen und Stehen zu ermöglichen, wurde in der Schanz'schen Heilanstalt in Dresden die Korrektur der Hüft-, Knie- und Fußkontrakturen mit gutem Erfolge vorgenommen. Behufs Streckung der Kniekontrakturen mußte die Resektion der Kniegelenke vorgenommen werden. Die Muskeln waren teils atrophisch, teils fehlten sie ganz.

J. Riedinger (Würzburg).

35) **H. Mohr. Zur Kasuistik des beiderseitigen angeborenen Schulterblatthochstandes.**

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Verf. konstatierte das Leiden bei einer 22 Jahre alte Arbeiterin und beschreibt ausführlich die Symptomatologie unter Benutzung der bisher vorliegenden spärlichen Literatur des beiderseitigen angeborenen Hochstandes des Schulterblattes. **J. Riedinger** (Würzburg).

36) **A. Stieda. Zur Kasuistik der isolierten subkutanen Rupturen des Musculus biceps brachii und über einen Fall von Sartoriusriß.**

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 528.)

S. publiziert mehrere von ihm in der Königsberger Poliklinik gemachte Beobachtungen, von denen die ersten 4 Risse des Biceps betreffen. Die Fälle, von deren einem auch ein charakteristisches Photogramm beigefügt ist, sind in den Details ihres symptomatischen Bildes gründlich aufgenommen, worüber des näheren das Original zu vergleichen, zeigen übrigens unter sich manches Verschiedenartiges hinsichts Ätiologie sowie Sitz des subkutanen Risses. Gewöhnlich handelt es sich um Überdehnung des überlasteten oder überangestrengten Muskels, doch entsteht die Verletzung auch einfach gelegentlich eines Körperfalles. (Ref. sah die Verletzung einmal durch Kegelschieben veranlaßt.) Die Diagnose scheint den praktischen Ärzten nicht ganz geläufig zu sein; so betraf Fall 2 S.'s einen bereits vor 7 Jahren verletzten Mann, dessen Leiden gutachtlich als Muskelentzündung interpretiert war. Auch als Muskelhernie werden diese Fälle gelegentlich irrtümlich angesprochen. Funktionell hat der Bicepsriß eine Kraftherabsetzung der Ellbogenflexion, sonst aber keine Störung zur Folge, so daß die Invalidität solcher Verletzter auf 10—20% anzusetzen ist. Der 3. Fall S.'s zeichnet sich durch Lokalisation der Ruptur am unteren Sehnenende (Lacertus fibrosus) aus;

der gewöhnliche Verletzungssitz ist im 2. oberen Viertel des Muskels, und zwar in dessen lateralem (langem) Kopfe am Übergange von Sehne in Muskel.

Hinzugefügt werden dann noch zwei Beobachtungen, je einen Riß des Sartorius bezw. des Rectus femoris betreffend, Verletzungen, die, ungleich seltener als die Bicepsrisse, diesen symptomatisch doch in allen wesentlichen Befunden — der Delle im Muskelvolumen, dem wulstigen, bei Muskelaktion sich bewegenden Muskelstumpfe etc. — völlig gleichen. Wesentliche Funktionsstörungen fehlten auch hier. Die einschlägige Literatur ist bei den Erörterungen herangezogen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

37) **J. Hrach.** Knochennaht des Hakenfortsatzes (Olecranon).

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 1.)

Bei einer frischen Säbelhiebverletzung des Olecranon mit breiter Eröffnung des hinteren Teiles des Ellbogengelenkes bei einem Infanteristen ist es dem Autor gelungen, durch Silberdrahtnaht des Knochens anstandslose Heilung zu erzielen. Nach 5 Wochen Beugung und Streckung des Vorderarmes um 90°. Gründliche Reinigung des Gelenkes und Entfernung sämtlicher Gerinnsel hält er für die Hauptsache zur Erzielung guten Erfolges. **Herm. Frank** (Berlin).

38) **J. A. Romanin.** Ein Fall von gleichzeitiger Ligatur der Aa. iliaca externa und femoralis und der Vena femoralis.

(Chirurgie 1902. November. [Russisch.])

Ein 26 Jahre alter Schuster stach sich mit einem Messer in den rechten Oberschenkel. Die Wunde wurde genäht, worauf die Blutung stand und sich ein Aneurysma spurium (traumaticum) entwickelte. Erst nach 7 Tagen, als schon Eiter eintrat, bewilligte Pat. die Unterbindung der Gefäße. Vorläufige Ligatur der A. iliaca ext. Die A. femoralis war halb durchschnitten gleich nach dem Abgange der A. profunda femoris; die V. femoralis zeigte eine Wunde, die 3/4 ihres Umfanges durchtrennte, gleich über der Einmündung der V. saphena magna. Unterbindung der A. profunda femoris, der A. femoralis und der V. femoralis (letztere beide doppelt). Es entwickelte sich Gangrän des Fußes und Unterschenkels bis zum unteren Rande der Patella, infolge deren nach 4 Wochen der Oberschenkel amputiert wurde. Heilung. — Da der Oberschenkel nicht gangränessierte, sieht R. die Ursache der Gangrän in der Ligatur der Arterie, nicht der Vene. **Gückel** (Kondal, Saratow).

39) **M. A. Chworostanski.** Ligatur der A. und V. femoralis bei Ausschälung eines großen Lipoms des Oberschenkels.

(Chirurgie 1902. November. [Russisch.])

Pat., 53 Jahre alt, hat an seinem linken Oberschenkel vorn oben seit 8 Jahren ein 35×22 cm großes Lipom. Dasselbe saß zwischen den Muskeln; die Haut über der Geschwulst war von einem dichten Venennetz durchzogen. Bei der Ausschälung drang man bis zu den großen Gefäßen und fand dabei einen Zweig der A. femoralis, etwa 10 cm vom Lig. Pouparti, dicht am Stamme der Arterie abgerissen. C. unterband den Stamm, verletzte aber bei der Lösung desselben von der V. femoralis letztere, und mußte auch sie unterbinden. Darauf etwa 2 Wochen lang starke Schmerzen; erhöhte Lage, Massage, Einwicklung der Extremität werden nicht ertragen. Die Zehen zeigen volle Anästhesie und Analgesie. Nach und nach schwanden die Schmerzen; Pat. kann gehen. Nach einem halben Jahre arbeitete er im Felde; das Gefühl in den Zehen soll wiedergekehrt sein. Das Lipom wog fast 9 kg. **Gückel** (Kondal, Saratow).

40) **E. Müller** (Stuttgart). Anatomische Vorgänge bei der Heilung der angeborenen Hüftluxation durch unblutige Reposition. Meine Resultate dieser Behandlung.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Verf. hatte bei einem 2jährigen Mädchen mit angeborener linksseitiger Hüftverrenkung die unblutige Reposition vorgenommen und war nach 2 Jahren in der





Lage, die anatomische Untersuchung vornehmen zu können. Er fand normale Verhältnisse.

Ein 2. Präparat, das beschrieben wird, stammt von einem $2^1/_2$jährigen Mädchen mit doppelseitiger Verrenkung. 46 Tage nach der Einrenkung der rechten Hüfte starb das Kind an Pneumonie. Beide Hüftgelenke wurden isoliert untersucht und miteinander verglichen. Hervorzuheben aus dem anatomischen Befunde der reponierten Seite ist besonders die Schrumpfung der Gelenkkapsel und die Umgestaltung des Pfannenbodens. Das Lig. teres war vorhanden, aber fadenförmig.

Im Anschlusse an die Beschreibung dieser interessanten Präparate berichtet Verf. über seine Resultate der unblutigen Behandlung. Er hat 40 einseitige Verrenkungen bis zum 8. Lebensjahre zu Ende behandelt und 28 vollständige Heilungen = 70% erzielt. Der Verband wurde stets bei starker Abduktion, Außenrotation und gestrecktem Knie bis zu den Knöcheln herunter angelegt. Unter 21 Fällen doppelseitiger Verrenkung wurden 5 vollständige Heilungen erzielt. Bei letzterer geht Verf. nicht mehr über das 5. Lebensjahr hinaus und reponiert nicht mehr in einer Sitzung. **J. Riedinger** (Würzburg).

41) M. Savariaud. Un cas de desarticulation inter-ilio-abdominelle. Procédé à lambeau interne.

(Revue de chir. XXII. ann. Nr. 9.)

Veranlassung zur Arbeit gab dem Verf. ein sanduhrförmiges Sarkom, welches vom For. ischiad. maj. zur Hälfte nach innen, zur Hälfte in die Hinterbackenmuskulatur entwickelt war, und welches er durch »Desarticulation inter-ilio-abdominale — wie er mit Jaboulay den Eingriff bezeichnet — beseitigen wollte. Leider verstarb die Operierte — ein 7jähriges Kind — wenige Stunden nach der Operation, ohne daß eine ausreichende Erklärung hierfür gegeben werden könnte.

Die Operation ist bisher etwa 12mal — von Jaboulay, Girard, Bardenheuer, Salistscheff, Cacciopoli, Nanu und Verf. — ausgeführt worden, mit fast jedesmal veränderter Technik und Schnittführung.

Fast allen gemeinsam ist die präventive Blutstillung, wobei sich einige auf die Ligatur der Art. und Ven. il. ext. beschränken (Girard), andere Artt. il. ext. und int., bezw. il. commun. vorbereitend unterbanden; Nanu der das Letzte tat, hat Gangrän des Lappens danach folgen sehen.

Die größten Verschiedenheiten weist die Schnittführung auf. Es bediente sich Jaboulay eines großen, manschettenähnlichen, hinteren Lappens — die Glutaeen waren nicht von der Geschwulst ergriffen; Girard schnitt einen verhältnismäßig kleinen inneren und hinteren Lappen aus, Bardenheuer einen großen äußeren und kleineren inneren. Salistscheff formt einen komplizierten Lappen »en raquette«, während Verf. sich genötigt sah, einen inneren großen Lappen zu bilden.

In den weiteren Maßnahmen nähern sich wiederum die einzelnen Autoren; meist durchtrennen sie nicht in der Symphyse, sondern erhalten den Rectusansatz; das Bauchfell wird zurückgeschoben, die Muskelansätze werden durchtrennt. War der Oberschenkel nicht schon früher exartikuliert — sei es bei einer ersten Operation oder als vorbereitender Akt nach Bardenheuer — so dient er weiterhin als kräftiger Hebel zur Verrenkung des Ileum. Salistscheff näht jetzt den Ileopsoas und die Glutaeen an die Bauchmuskulatur zwecks Verhütung der Eventration, die sich übrigens bei den Überlebenden der anderen Operateure auch nicht eingestellt hat.

Leider sind die Erfolge des schweren Eingriffes — 13 Publikationen mit 9 Todesfällen — noch ungünstig, was sich aus der Ausdehnung desselben und dem meist schlechten Zustande der Kranken erklärt.

Mit ihm konkurrieren die Exart. coxae mit einer Sterblichkeit von nur 30% gegen 70% des vorigen — die jedoch bei Beckensarkomen nicht in Frage kommt — und die von Kocher und Roux mit bestem, auch orthopädischem Erfolge ausgeführte Resektion des Hüftbeines, die wohl auch im Falle des Verf. das geeignete Verfahren gewesen wäre, wenn nicht irrtümlicherweise der Ursprung der

Geschwulst ins Ileum verlegt und der Ischiadicus als in derselben aufgegangen angenommen worden wäre. **Christel** (Metz).

42) S. J. Spassokukozki. Die eitrige Gonitis bei Verwundungen und ihre chirurgische Behandlung.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Nach S. muß der Arzt Heilung mit Wiederherstellung der Beweglichkeit anstreben; Resektion und große Schnitte — wie sie u. a. König empfiehlt — führen aber stets zu Ankylose. Daher muß die Behandlung möglichst konservativ sein; wird die Inzision unerläßlich, so genügen meist 4 kleine Schnitte (zu beiden Seiten der Kniescheibe und des oberen Recessus). Die konservative Behandlung findet ihre Berechtigung in der bedeutenden Widerstandskraft des Gelenkes gegenüber der Infektion. Bei Wunden des Gelenkes verordnet S. zuerst Ruhe (Lagerung der Extremität in einer Schiene), Reinigung des Knies, Bepinselung der Wunde mit Jodtinktur. Sind Symptome von Eiterung vorhanden, so führt man ein Drainrohr in die Wunde ein; fällt die Temperatur nicht und wird die Zunge trocken (Sepsis), so macht man 4 kleine Inzisionen, und nur in den schlimmsten Fällen wird das Gelenk breit eröffnet. Zu achten ist besonders auf paraartikuläre Abszesse hinter dem Knie (Probepunktionen). Sowie die Temperatur abfällt, beginnt man mit passiven Bewegungen.

Verf. behandelte nach diesen Grundsätzen 24 Fälle von Verletzung des Knies, meist durch Axthiebe. 12mal wurde konservativ behandelt und in allen Fällen ein gutes funktionelles Resultat erzielt. Von 12 Operierten starben 2, einer infolge zu später Eröffnung eines Abszesses hinter dem Gelenke, ein zweiter 80jähriger Pat. nach Heilung mit beweglichem Knie an Altersschwäche. Von den 11 operierten und geheilten Pat. hatten 7 ein bewegliches Gelenk behalten. 4 Ankylosen entstanden 2mal nach breiten Inzisionen, 2mal infolge schwerer Infektion. 2 Fälle heilten spontan nach 3 Monate resp. 3 Wochen dauernder Eiterung mit beweglichem Knie. 3mal genügte ruhige Lage der Extremität zur Heilung, also auch Spontanheilung. Spülung bei Drainage wurde nur einmal angewendet. Die passiven Bewegungen riefen nie unangenehme Folgen hervor.

Gückel (Kondal, Saratow).

43) P. Tichow. Zur Frage vom Lipoma arborescens des Kniegelenkes.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Die Krankheit besteht bei der 27 Jahre alten Pat. im linken Kniegelenke seit 15 Jahren. Das Gelenk mißt 42 cm im Umfange (das andere 33). Zu beiden Seiten der Kniescheibe höckerige Massen bis zu Walnußgröße, schmerzlos, mit Pseudofluktuation. Diagnose: Lipoma arborescens. Eröffnung des Gelenkes nach Textor. Zahllose Zotten, bis über Walnußgröße, an den Stellen, wo bei den Bewegungen des Knies seltener Einklemmung der Massen erfolgt. Im oberen Recessus sind diese Zotten spärlich ausgebildet, dafür ist die Synovialis von zahllosen Tuberkeln besät, die auch an der Oberfläche der Zotten überall vorhanden sind. Entfernung der ganzen Synovialis; der Prozeß überschreitet dieselbe nicht. Heilung mit beschränkter Beweglichkeit. Unter dem Mikroskop zeigen die Zotten typischen Bau. Die Tuberkel zeigen keinen Zerfall. Bei dieser Form der Tuberkulose herrschen also hyperplastische Prozesse vor, und muß sie daher zu den gutartigen gezählt werden, trotz langem Bestande.

Gückel (Kondal, Saratow).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 9. **Sonnabend, den 28. Februar.** **1903.**

Zur Vereinfachung der Naht bei Anwendung des Murphyknopfes.

(Herr cand. med. Fritz Rehm, Zentralblatt für Chirurgie 1902 Nr. 48 und Herr Prof. v. Hacker 1903 Nr. 1.)

Von

Prof. Dr. Sprengel in Braunschweig.

v. Hacker hat zweifellos Recht, wenn er annimmt, daß das von Rehm veröffentlichte Verfahren bereits von verschiedenen Chirurgen angewandt sein dürfte. Es ist aber — und das hervorzuheben ist der Zweck dieser kurzen Notiz — nicht bloß vor Rehm, sondern auch schon vor v. Hacker, der ihm nach eigener Angabe in der Wiener klin. Wochenschrift 1899 Nr. 28 die erste kurze Bemerkung widmete, veröffentlicht worden.

In der vortrefflichen Arbeit von Carle und Fantino, v. Langenbeck's Archiv Bd. LVI p. 1 aus dem Jahr 1898, »Beitrag zur Pathologie und Therapie des Magens«, findet sich p. 55 folgender Passus:

»Eine kleine von uns eingeführte Änderung verdient angeführt zu werden. Während Murphy die Darmnaht schlingenförmig einrichtet, dann zwischen deren beiden Zweigen einschneidet und nun die beiden Enden des Fadens zusammenzieht, so daß dadurch um den zentralen Zweig eine Naht wie bei einem Tabaksbeutel entsteht, machen wir einen Einschnitt, der nicht über $^2/_3$ des Durchmessers des Knopfes beträgt, so daß dieser mit Gewalt eindringt, und an den beiden Enden dieses Spaltes machen wir auf jeder Seite 1 bis 2 Nähte, so daß die Ränder notwendig an der Basis des zentralen Zweiges festliegend gehalten werden. Wenn man wirklich die Vorsicht gebraucht, den Einschnitt sehr eng zu machen, so werden seine Enden zwischen den Rändern der beiden Hälften zusammengedrückt bleiben, und es wird keine Gefahr vorhanden sein, daß der Magen- und Darminhalt austreten könne. Dieses Verfahren hat vor dem Murphy's den Vorteil, daß es keine Schrumpfung hervorruft, wie sie notwendigerweise bei der tabaksbeutelartigen Naht eintreten muß, und daher eine vollkommene Vereinigung der serösen Häute erlaubt etc.«

Trotz mehrerer sprachlich inkorrekter Ausdrücke erscheint es mir klar, daß das Prinzip der von Carle und Fantino beschriebenen Methode das gleiche ist, wie in dem Verfahren von v. Hacker-Rehm.

Seit der Lektüre der erwähnten Arbeit der italienischen Autoren habe ich die von ihnen empfohlene Methode bei der Gastroenterostomie regelmäßig angewandt, und zwar genau in der von ihnen gegebenen Vorschrift. Gegen die Modifikation von Rehm, welcher

den Hals des Knopfes in den einen Wundwinkel drängt und die Nähte — mit einer Naht kommt man nicht aus, weil der Schlitz weit genug angelegt werden muß, um den Körper des Murphyknopfes hindurch zu zwängen — einseitig anlegt, habe ich das Bedenken, daß die fertige Nahtlinie schließlich den Knopf seitwärts überragt, während bei der Verengung des Schlitzes von beiden Seiten her und Hinzufügung einer Serosaschutznaht diese Gefahr nicht besteht.

Die Sicherheit der seitlichen Nähte gewinnt, wenn man nach dem auch sonst bei der Darmnaht wichtigen Grundsatz die Nadel schräg durchführt, die Serosa in größerer Fläche als die Mucosa fassend.

Zur Vereinigung des völlig durchtrennten Darmes habe ich die besprochene Modifikation nicht angewandt; ich gebe der Tabaksbeutelnaht den Vorzug, habe freilich nur noch bei der seitlichen Einnähung des Dünndarmes in den Dickdarm Gelegenheit, sie zu benutzen; im übrigen bin ich auch für den Dünndarm zur circulären Darmnaht zurückgekehrt. Für den Dickdarm habe ich sie nie verlassen.

Ich halte die besprochene Modifikation für so zuverlässig und einfach, daß ich sie dringend empfehlen möchte.

Zusatz der Redaktion.

Auch eine nach Eingang vorstehenden Aufsatzes zugegangene Notiz von Herrn Prof. Arthur E. Barker in London rühmt das von Carle und Fantino zuerst angegebene Verfahren, das er seit dessen Publikation im Archiv für klin. Chirurgie übt.

Richter.

---

1) R. Olshausen. Über Impfmetasen und Spätrezidive nach Karzinomoperationen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLVIII. Hft. 2.)

O., welcher bereits früher an seinem großen Material nachweisen konnte, daß wenigstens für Uterus und Ovarium die drei- resp. fünfjährige Rezidivfreiheit keine Gewähr für die Heilung des Karzinoms gibt, bringt wiederum interessante Belegfälle für diese Tatsache. Dem in der Vereinigung Berliner Chirurgen demonstrierten monströsen Fall von Bauchdeckenimpfrezidiv, welches 21 Jahre nach der Primäroperation in der Bauchnarbe manifest geworden war, vermag O. fünf weitere Narbenrezidive in den Bauchdecken anzureihen. Alle fünf waren histologisch gleichartig mit der Primärgeschwulst, vier bösartig, einer gutartig (nach Kystoma ovarii); und zwar waren die bösartigen Rezidive nach 2 resp. 3, $5^1/_4$, $7^1/_2$ und 19 Jahren, die gutartige Geschwulst nach 17 Jahren entstanden. Analoge Erfahrungen der Chirurgen und pathologischen Anatomen werden mitgeteilt.

Die von O. offengelassene Frage, ob gutartige Geschwülste bösartige Metastasen resp. Rezidive setzen können, hat Pfannenstiel in derselben Zeitschrift (Bd. XXVIII Hft. 2) bereits positiv entschieden.

Im Anschluß an die obigen Fälle berichtet O. noch über zwei Rezidive in Scheiden-Dammschnitten, welche bei der vaginalen Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus angelegt worden waren, sowie über drei Spätrezidive nach der Entfernung von Uterus bezw. Ovarialkrebs; letztere traten teils lokal, teils metastatisch nach $4^1/_2$ bezw. 7 und 12 Jahren auf. In einer von ihm verfolgten Serie von Uteruskarzinomkranken sank die Zahl der Rezidivfreien vom 3.—5. Jahre von 62,6% auf 38,85%. — Daraus ergeben sich für den Verf. die Schlußfolgerungen: Das Karzinom ist überimpfbar. Doch können Impfrezidive wie überhaupt lokale und metastatische Rezidive infolge irgend welcher Hemmungen jahrelang latent bleiben. Gegen die Annahme einer neuen Primärgeschwulst spricht die histologische Gleichartigkeit beider Bildungen und die Lieblingslokalisation der Rezidive in dem Narbengebiet der ersten Operation. Der Begriff der Heilbarkeit des Krebses muß nach diesen Erfahrungen mit Vorsicht begrenzt, jedenfalls darf er nicht mit der fünfjährigen Rezidivfreiheit identifiziert werden.

Kroemer (Gießen).

---

2) **H. A. Hare.** The entrance of air into the veins.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. November.)

H. wendet sich gegen die Untersuchungsmethode und Schlußfolgerungen Goodridge's, welcher Senn's und seine, H.'s eigene Beobachtung, daß kleine Luftembolien bei niederen Tieren und auch vom Menschen oft gut vertragen würden, für eine gefährliche Lehre erklärt hatte. Goodridge's Ergebnisse bestätigten nur die früheren, litten aber außerdem an schwerwiegenden Fehlern. Die großen Luftmengen, welche Goodridge in wenigen Augenblicken unter Druck in die Venen von Hunden einführte, können unmöglich einen Schluß auf die Vorgänge bei einer Luftembolie beim Menschen erlauben, bei welcher nur kleine Mengen allmählich angesaugt werden und doch oft tödlich wirken. Auch ist zu bedenken, daß schon bei verschiedenen Säugetieren die Widerstandskraft gegen Luftembolie außerordentlich verschieden ist.

Bender (Leipzig).

---

3) **J. Marshall.** The gas evolved in the decomposition of hydrogen dioxide by pus.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin Vol. XV. Nr. 10.)

Verf. weist durch ausführlich mitgeteilte chemische Experimente nach, daß das Gas, welches sich bei der Berührung einer Wasserstoffsuperoxydlösung mit Blut und Eiter entwickelt, reiner Sauerstoff ist; der Stoff im Blute, welcher eine derartige Zersetzung bewirkt, ist Globulin. Eine koagulierende Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds auf Eiter und defibriniertes Pferdeblut kommt nicht zustande. Ebenso

wenig konnte durch Experimente mit verschiedenen Bakterienarten die Ansicht bestätigt werden, daß das Wasserstoffsuperoxyd eine baktericide Wirkung in der Weise ausübe, daß es durch Eindringen in die Bakterien dieselben direkt zersetze und zerstöre.

Mohr (Bielefeld).

---

4) P. Asch. Über die Ausscheidung der in die arterielle Blutbahn injizierten Bakterien durch die Nieren.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XIII. Hft. 12.)

In ganz gleicher Weise wie in einer früheren Arbeit (Zentralblatt für Chirurgie 1902 p. 996) hat Verf. Versuche gemacht über die Ausscheidung von Bakterium coli und Bakterium lactis aërogenes aus der Blutbahn. Die Resultate, die er erhielt, waren ganz ähnliche wie in der früheren Mitteilung und die Schlußfolgerungen sind genau die gleichen.

Fr. Brunner (Zürich).

---

5) G. Perez. Die Influenza in chirurgischer Beziehung. (Experimenteller Beitrag zur Ätiologie und pathologischen Anatomie der Influenza). Zweite Mitteilung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIII. p. 460—502; Bd. LXIV. p. 1—47 Bd. LXVI. p. 1—88.)

Die Artikel bilden die Fortsetzung der ersten unter gleichem Titel von P. im Bd. LIX derselben Zeitschrift veröffentlichten Mitteilung, auf deren Referat in unserem Blatte p. 710 Jahrgang 1901 wir hiermit verweisen. In größter Ausführlichkeit geht P. jetzt im speziellen auf die grippalen Erkrankungen aller einzelnen Körperteile ein, wobei er die massenhafte einschlägige Literatur gewissenhaft herbeiholt und mit ihren Ergebnissen seine eigenen, bereits in unserem ersten Referate besprochenen Tierexperimente vergleicht. Es resultiert hieraus eine überaus fleißige und gewiß in allgemeinpathologischer, bakteriologischer, klinisch-medizinischer Beziehung vollständige Arbeit, der aber, was wir schon bei der ersten Mitteilung P.'s bemerkten, ein speziell chirurgisches, zumal praktisch-chirurgisches Interesse abgeht. In Chirurgenkreisen wird sie nur wenig Leser finden, die ausdauernd genug sind, sie bis zu Ende genau durchzunehmen, und wird hier auch auf eine eingehende Besprechung verzichtet. Hingewiesen sei noch auf 37 mikroskopische Bilder, Organe von Kaninchen darstellend, welche an Infektion mit Influenzabazillen eingegangen waren, sowie auf das 520(!) Nummern zählende Literaturverzeichnis am Schluß der Arbeit.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

6) Locke. A report of the blood examination in ten cases of severe burns.

(Boston med. and surg. journ. 1902. November.)

Nach einer historischen Einleitung über die früher festgestellten Veränderungen des Blutes bei Verbrennungen folgt kurze Aufzählung

der Fälle. Bei 4 war die Verbrennung räumlich beschränkt, Genesung; bei den 6 anderen ausgedehnter und teilweise intensiver; alle starben. Das Blut wurde aus den nicht betroffenen Körperteilen gewonnen; es floß träge, zähe, war sehr dunkel gefärbt, breitete sich nur schwer aus. Hämoglobinbestimmungen wurden nicht gemacht, nur Zählungen der Blutkörperchen an ungefärbten und gefärbten Präparaten, und zwar alle mit dem Thoma-Zeiss'schen Zählapparat. Nur bei den Fällen schwerster Verbrennung fand sich Zertrümmerung roter Blutkörperchen.

Die Ergebnisse faßt L. folgendermaßen zusammen: 1) Das Blut ist zähflüssig, von besonders dunkelpurpurroter Farbe. 2) Eine Steigung der Zahl der roten Blutkörperchen findet unmittelbar nach der Verbrennung statt, bei nicht tödlichen Fällen um 1—2, bei tödlichen um 2—4 Millionen auf den Kubikcentimeter. 3) Ständig ist die Zahl der Leukocyten gesteigert, bei leichteren Fällen um 30 bis 40000, bei tödlichen um über 50000 auf den Kubikcentimeter. 4) Die Formveränderungen der roten Blutkörperchen sind gering. 5) Die Zahl der neutrophilen Körperchen ist etwas gesteigert, aber nicht so stark wie bei gewöhnlicher Entzündung. 6) Bei schweren Fällen tritt starke Zerstörung der Leukocyten ein. 7) Bei schweren Verbrennungen treten Knochenmarkslymphkörperchen auf. 8) Die Zahl der Blutkörperchen ist in der Regel vermehrt.

Trapp (Bückeburg).

---

7) **W. Ercklentz.** Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Leistungen der Kochsalzinfusion.

(Breslauer Habilitationsschrift, Berlin, 1902.)

Daß durch Infusion von Kochsalzlösung eine starke Diurese und eine erhebliche Mehrausscheidung stickstoffhaltiger Substanzen auftritt, haben übereinstimmend die Untersuchungen an Menschen und Tieren ergeben. E. trat nun der Lösung der Frage näher, ob es möglich sei, den kranken Organismus zu entgifen und ihn dadurch vor dem Untergange zu retten. Zu dem Zwecke stellte er Versuche an bei Vergiftungen mit Anilin, Strychnin, Arsenik, Ricin, Kantharidin, indem er den Versuchskaninchen 0,7 und 0,9%ige Kochsalzlösung in eine Cruralvene injizierte. Ein schädigender Einfluß der Injektionen war nur dann festzustellen, wenn während der Infusion keine oder nur geringe Harnabsonderung eintrat. Stellte sich die Harnabsonderung später noch ein, so erholten sich die Tiere; trat sie infolge der zu sehr geschädigten Nierenfunktion nicht ein, so gingen die Tiere zugrunde. Auch dann konnte die Sektion niemals Schädigungen aufdecken, die auf die Infusion zu schieben wären. Gute Resultate erzielte E. bei der Anilinvergiftung; hier ist ebenso wie bei der Vergiftung mit Kali chloricum mit Sicherheit ein günstiger Einfluß der Infusionen auf die Nieren zu konstatieren.

Keine Wirkung erzielte Verf. bei Strychninvergiftung, weil diese offenbar zu schnell wirkt. Es steht dies im Gegensatz zu den An-



gaben von Sanquirino und Chasserant. Auch bei Tieren, die mit Arsenik vergiftet waren, erzielten die Infusionen keinen nennenswerten Erfolg. Bei Vergiftungen mit Ricin und Kantharidin waren die Infusionen trotz des Eintretens reichlicher Harnabsonderung erfolglos, ebenso erfolglos bei Infektionen mit Aufschwemmungen von Staphylokokkus pyog. aureus.

Weitere Versuche mit chlorsaurem Natron beweisen, daß die Diurese durch die Infusionen gesteigert wird, und daß das Gift schneller ausgeschieden wird. Eine 0,6%ige Kochsalzlösung ist dazu geeigneter als eine 0,9%ige, die eigentlich als physiologische Lösung angesehen werden muß. Von großer Bedeutung für die Möglichkeit der Auswaschung von Giftstoffen aus dem Körper ist die Affinität der betreffenden Gifte zu bestimmten Molekulargruppen der lebenden Substanz. Wird ein Gift von bestimmten Körperzellen schwer oder nicht abgegeben, so bringt die größte Diurese keinen Nutzen. Nächstdem ist das Verhalten der Nieren von Wichtigkeit, ob diese funktionstüchtig bleiben oder nicht. Auch das ist bei den verschiedenen Giften verschieden.

Aus den klinischen Beobachtungen der Behandlung urämischer Zustände mit Kochsalzinfusionen sei erwähnt, daß in Übereinstimmung mit Beobachtungen von Sahli auch bei Kranken mit Ödemen eine günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens und des Pulses zu konstatieren war. Recht gute Resultate berichtet Verf. von der Behandlung schwerer anämischer Zustände.

E. erwartet von der systematischen, nötigenfalls kontinuierlichen Anwendung der Kochsalzinfusionen bei Infektions- und Intoxikationszuständen jeder Art großen Nutzen. **E. Moser** (Zittau).

---

8) A. C. Barnes and H. Hille. A new substitute for silver nitrate.

(New York med. record 1902. Mai 24.)

B. und H. haben ein neues Silberpräparat hergestellt, welches aus Gliadin, einem der Proteide des Weizens, gewonnen wird und sich als ein »Vitellin« charakterisiert. Das dunkelbraune Pulver soll in hervorragendem Maße alle Forderungen erfüllen, welche therapeutisch an ein solches Mittel gestellt werden können. Es enthält 30% Silber, ist in Wasser über 50% löslich, fällt weder Eiweiß noch Chloride, reizt nicht und dringt in tiefere Gewebsschichten ein. Das Mittel wurde in ausgedehntem Maßstabe in 1—5%iger Lösung bei Gonorrhoe, in 1%iger bei Cystitis mit gutem Erfolge gebraucht. Auch in der Augenheilkunde soll es versucht werden.

Loewenhardt (Breslau).

---

9) **L. Grünfeld.** Über Silberkatgut.

(Zentralblatt für die gesamte Therapie 1902. Hft. 10.)

Das Problem der Katgutsterilisation sucht G. zu lösen durch eine Modifikation des Credé'schen Verfahrens. G. sterilisiert zunächst ein weithalsiges Präparatenglas von 200 ccm Inhalt durch Kochen in Wasser; sodann wird das Glas mit 100 g Spiritus saponaliens gefüllt. Nun wird das vorher mit Bürste und Seifenspiritus gereinigte Rohkatgut für 24 Stunden in diese Flüssigkeit gelegt. dann der Seifenspiritus abgegossen und die anhaftende Seifensubstanz durch Schütteln mit 90%igem Alkohol entfernt. Dann wird der Alkohol abgegossen und das Katgut in 1%iges Aktolwasser gelegt. Das Glasgefäß muß für Licht undurchgängig sein. Nach 8 Tagen Abgießen des Aktolwassers und Transferieren des Katguts in ein steriles trockenes, farbloses Glasgefäß, das dem direkten Sonnenlicht ausgesetzt wird; hierbei scheidet sich das metallische Silber in der Struktur des Fadens unter Schwarzbraunfärbung aus. Endlich wird dieses gefärbte Katgut in absolutem Alkohol mit 10%igem Glycerin aufbewahrt; jetzt ist das Katgut gebrauchsfertig. Bakteriologische Untersuchungen ergaben jedesmal Keimfreiheit. Die Resorption trat reaktionslos ein. Als Hauptvorteil dieses so hergestellten Materials rühmt Verf. große Festigkeit und leichte Knotungsfähigkeit. Die Erfahrungen des Verf. beim Gebrauch beziehen sich auf $1^1/_2$ Jahre, die Resultate sollen äußerst zufriedenstellend gewesen sein.

Scheuer (Berlin).

---

10) **C. Hofmann.** Zur Anwendung des Äthers als allgemeines Betäubungmittel; Äther-Tropfennarkose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 403.)

Auf Grund einer Erfahrung über mehrere Tausend derartige Narkosen, größtenteils während seiner Tätigkeit bei Witzel in Bonn beobachtet, empfiehlt H. eine Morphium-Äthertropfennarkose. Da Äther, tropfenweise auf gewöhnlichen Masken dargereicht, zur völligen Narkose nicht genügt, ist die vorgängige Anwendung eines anderen Narkotikum nötig, wozu H. nach dem Vorgange Riedel's Morphium subkutan benutzt. Ca. 1 Stunde vor Beginn der Narkose sollen 1—3 cg hiervon gegeben werden, je nach körperlicher Individualität des zu Narkotisierenden. Es folgt dann die Darreichung des Äthers unter Benutzung eines gewöhnlichen Tropfenmedizinglases und einer Schimmelbusch'schen Maske, eine Methode, bei welcher die sonst der Ätheranwendung eigentümlichen Nachteile, die Vermehrung der Speichelabsonderung und die Reizung der Schleimhäute der Atemwege völlig vermieden bleiben. In den seltenen Fällen, wo hiermit keine völlige Narkose zu erreichen ist, wird vorübergehend Chloroform — wenige Tropfen bis wenige Gramm — dazwischen gereicht, um bei eingetretener Narkose sofort wieder zum Äther zurückzukehren, mit dem dann die Fortsetzung der Narkose keine Schwierigkeit hat.

Diese Narkosenmethode hat den Vorzug der Einfachheit und kann sehr gut intelligentem Wartepersonal überlassen werden.

In den kurzen einleitenden Worten zur Beschreibung dieser Methode vergleicht H. die Gefährlichkeit des Chloroforms und Äthers, die bei letzterem fraglos geringer anzuschlagen ist. Die reizenden nachteiligen Wirkungen des Äthers auf die Luftwege führt H. auf die Verdunstungskälte des Äthers zurück. Ein Beweis für letztere ist das Gefrieren des Wasserdampfes der Exspirationsluft, den man in Form eines feinen Schnees auf zu Äthernarkosen dienenden Masken sehen kann. Bei vorsichtig tropfenweiser Ätherdarreichung kommt es zu dieser Erscheinung nicht.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

11) **Marcinowski.** Das Eukain-β. Eine Studie über das Eukain, seine Vorgeschichte und seine Verwendung in der Praxis, nebst eigenen Beobachtungen und Versuchen mit Eukain-β.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 417.)

Sehr fleißige, lehrreiche und für Praktiker kennenswerte Arbeit. Nach Bericht über die chemische Komposition des Mittels kommt M. auf dessen pharmakologische Eigenschaften. Es ist mindestens 3,75mal weniger giftig als Cocain oder α-Eukain. Es diffundiert schwerer als das Cocain und ähnelt ihm in toxischen Dosen in der Art der Erscheinungen von Seiten des Zentralnervensystems. Dieselben analgetischen Kräfte wie das Cocain besitzend, hat es sich bei zweckmäßiger Dosierung von den unangenehmen toxischen Nebenwirkungen des Cocains im allgemeinen frei gezeigt. Es unterscheidet sich von letzterem dadurch, daß es 1) eine unbedeutende Gefäßerweiterung hervorruft; 2) weder die Weite der Pupille verändert, noch die Accommodation oder die Reaktion auf Lichteinfall beeinflußt; 3) den Tonus des Augapfels kaum merklich herabsetzt; 4) die Hornhaut intakt läßt. Das salzsaure Salz Eukain-β löst sich in 100 Teilen Wasser zu ca. $3^1/_2$—5%, es bildet in der Wärme übersättigte Lösungen; das essigsaure Salz desselben dagegen löst sich in 100 Theilen Wasser bereits bei Zimmertemperatur zu 33%. Die Lösungen sind unbegrenzt haltbar und vertragen wiederholtes Kochen und Sterilisieren ohne jede chemische Veränderung.

Die klinischen Erfahrungen, über die auf den verschiedensten Gebieten der Praxis in der Literatur berichtet ist (Augenheilkunde, Urogenitalapparat, Naso-pharyngo-laryngo-oto-Therapie, Zahnextraktion, große und kleine Chirurgie) werden von M. sorgfältig gesammelt und durch Mitteilung eigener recht mannigfaltiger, praktischer Versuche vervollständigt. Das gute Urteil, das bereits Braun über das Mittel abgegeben hat, wird hierbei durchgehends bestätigt. Von unerfreulichen, vielleicht dem Mittel zuzuschreibenden Wirkungen, die M. erlebte, waren 1mal eine Ohnmachtsanwandlung zu erwähnen,

die bei einer 62jährigen korpulenten Frau mit Beingeschwür nach Injektion von $3^1/_2$ cmm einer 5%igen Lösung (zwecks Exzision des Ulcus) eintrat. Dieselbe wird mehr der bestehenden Arterienatheromatose zuzuschreiben sein. Ferner traten bei einem 51jährigen Manne nach Injektion von 1,5 cmm einer 10%igen Lösung Bewußtlosigkeit und klonische Krämpfe auf, an denen derselbe aber schon früher vor Jahren gelitten hatte. Lokal hatten die Injektionen öfter ziemlich hartnäckige Infiltrate und Schwellungen zur Folge, und in einem Falle wurden an dem wegen Panaritium mit 1,5 cmm einer 10%igen Lösung injizierten Finger eines 19jährigen Mädchens 2 Phalangen gangränös, ein Unfall, den M. indes nicht dem Mittel, sondern dem circulationsstörenden Einfluß der Injektion als solcher zuschreibt. Was die Konzentration der anzuwendenden Lösungen betrifft, so dienen zur Infiltration nach Schleich bezw. Braun und Reclus Lösungen von $1^0/_{00}$—1 und 2%. Für die regionäre Analgesie kommt 1%—2, auch 5% in Anwendung. Für Zahnextraktionen, Auge, Harnröhre, Nase, Hals, Schleimhäute, frische Wunden 2 bis 5, auch 10%. Zum Schluß steht ein Literaturverzeichnis von 202 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

12) **Eckstein.** Quelques remarques sur la technique des injections de paraffine solide.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 47.)

Bezugnehmend auf die in dieser Zeitschrift erschienene Arbeit von Broeckaert warnt E. davor, die Spitze der Nadel in der Flamme zu erhitzen, weil hierdurch leicht eine Verbrennung der Haut herbeigeführt werden könnte. Nachdem die Spritze mit Paraffin gefüllt ist, spritzt er einige Tropfen desselben heraus und aspiriert etwas heißes Wasser; so vermeidet er ein sofortiges Erstarren des Paraffins, das das Ausspritzen hindern könnte.

Ferner empfiehlt er, um eine Ausbreitung über das beabsichtigte Gebiet zu vermeiden, einen gewissen Grad von Infiltrationsanästhesie anzuwenden und einen kleinen Hautschnitt zu machen, in den er das Paraffin einspritzt; die sofortige Anlegung einer feinen Naht verhindert, daß eine bemerkbare Narbe zurückbleibt.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

---

13) **M. Prince.** Osteitis deformans and hyperostosis cranii. A contribution of their pathology, with a report of cases.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. November.)

Bislang haben alle Autoren die Osteitis deformans von der sog. Hyperostosis cranii resp. Leontiasis ossium getrennt und beide als verschiedene Krankheitsprozesse angesehen; von ersterer sind 66, von letzterer 20 Fälle bekannt.

P. tritt unter Sichtung dieses Materials und Hinzufügung von



drei neuen Beobachtungen der Frage näher, ob diese Trennung berechtigt ist.

Sein erster Fall zeigt ganz das Bild einer Osteoarthritis deformans; 44jährige Frau mit Deformierung des Schädels (Schläfengegend, Unterkiefer) und fast aller Röhrenknochen, Arteriosklerose, chronische Endokarditis. Der zweite betrifft eine 63jährige Frau, bei welcher nur Schädel und Wirbelsäule verändert sind, außerdem Arteriosklerose, Myasthenie; Extremitätenknochen nur auffallend dünn.

Handelt es sich nun im ersten Falle um ein nur zufälliges gleichzeitiges Bestehen zweier verschiedener Krankheiten und liegt im zweiten nur eine Hyperostosis cranii oder vielleicht eine unvollständige Osteitis deformans vor?

Für eine Identität beider Formen spricht die Unmöglichkeit, eine bestimmte Altersgrenze aufzustellen; die keineswegs auf den Gesichtsschädel beschränkte Lokalisation der Hyp. cran., wogegen die Ost. def. oft nur einen Knochen, event. den Schädel befällt; das Gemeinsame im pathologisch-anatomischen Befunde. Der Beweis der Identität fehlt vor allem mangels der betreffenden Autopsien und genügender mikroskopischer Untersuchung.

P.'s dritter Fall vermag eine Aufklärung zu geben: Bei der Pat., welche 1896 von Edes (Amer. journ.) als typische Hyperostosis cranii beschrieben wurde und jetzt in P.'s Behandlung kommt, hat sich nun eine allgemeine Osteitis deformans entwickelt. Zwei instruktive Photographien von 1896 und 1902 lassen aufs deutlichste die Zunahme der Schädelveränderungen erkennen. Alle anderen Knochen sind nun in gleicher Weise deformiert, Herzgeräusche vorhanden etc.

P. spricht die Vermutung aus, daß viele Fälle von sog. Hyperostosis cranii später in allgemeine Osteitis deformans übergehen. Schlußsätze: Beide Krankheitsformen sind nicht zu trennen, sie beruhen wahrscheinlich auf Erkrankung eines trophischen Zentrums. Klinische und anatomische Befunde sprechen für eine Identität von Hyperostosis cranii, Osteitis und Osteoarthritis deformans. Die wenigen (6) Sektionsberichte über sklerotische Herde im Rückenmark und peripheren Nerven weisen vielleicht auf einen neuropathischen Ursprung hin und fordern zu eingehenden Untersuchungen des Nervensystems auf. **Bender** (Leipzig).

---

14) **R. H. Fitz.** Certain characteristics of osteitis deformans.
(Amer. journ. of the med. sciences 1902. November.)

Die Arbeit bildet eine Ergänzung zu derjenigen von Prince. Von der Tatsache ausgehend, daß man durch Maceration und mikroskopische Untersuchung entkalkter Knochen nur einen sehr beschränkten Einblick in das Wesen dieser Krankheit erhält, da man stets nur einen früheren oder späteren Zustand eines sehr kleinen Teiles der Knochensubstanz, nicht aber die Entwicklung des Prozesses sieht, stellte F. bei der ersten Pat. Prince's wiederholte

röntgographische Studien an. 11 Röntgenbilder und 6 Photographien. Die Skiagramme ergaben die gleichen Veränderungen an Schädel und übrigen Knochen: Vergrößerung, Verdickung, plumpe Spongiosabälkchen, Kalkarmut. Auch der Schädel ist also hier von Osteitis deformans befallen.

Mit Baumgarten, Sternberg, Atkinson, Prince u. a. teilt Verf. die Ansicht, daß die sog. Hyperostosis cranii keine selbständige Krankheit, sondern eine Teilerscheinung der deformierenden Osteitis ist, welche wenige oder viele Knochen betreffen, früh oder spät im Leben auftreten kann; ihre Symptome sind mannigfaltig.

Bender (Leipsig).

---

15) **Ziegler.** Beiträge zur Circulation in der Schädelhöhle.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 222.)

Kurze, in ziemlich flüchtiger, das Verständnis erschwerender Schreibart abgefaßte Mitteilung über in der Münchener Anatomie vom Verf. angestellte Injektionsversuche am Subduralraum und den Hirngefäßen zwecks Aufsuchen der Kommunikation des subduralen Raumes mit dem Blutgefäßsystem. Z. hat »die Arterien am frisch getöteten Hunde durch die Carotis mit roter Karmingelatine und die Venen durch die Facialis anterior, die das Hirnblut abführt, mit schwarzer Tuschgelatine injiziert, an der Konvexität blaue Gelatine subarachnoidal eingespritzt, und zwar nicht regelmäßig, aber wiederholt die Venen des Gehirns, nie aber der Dura injiziert gefunden«. Da junge Hunde keine Pacchioni'sche Granulationen, an denen nach Key und Retzius Injektionen in den Subduralraum in den Sinus eintreten, haben, ist hiermit nach Z. »die direkte Resorption des Eingespritzten« nachgewiesen. (Resorption beim Kadaver?! Ref.).

Übrigens fand Z. bei seinen Injektionen sehr reichliche Gefäßnetzchen in der Dura und der Hirnrinde (cf. mehrere Bilder). Auch von dem starken Gefäßgehalt der Plexus chorioidei überzeugte er sich, sowie davon, daß bei Gefäßinjektion des Gehirns — also Volumenvermehrung desselben — der Druck im Subduralraum nicht oder nicht sonderlich vermehrt wird; vielmehr weicht der Liquor cerebrospinalis in den Rückgratskanal aus, wodurch Platz für das sich dehnende Hirn gemacht wird Gut gelang ihm bei subduraler Injektion der Nachweis von dem hiernach resultierenden Vorrücken der Flüssigkeit unter die Duralscheide der Nn. optici. Die submaxillaren und submentalen Lymphdrüsen blieben aber hierbei injektionsfrei. Dagegen stellte sich bei Anwendung der von Polano empfohlenen rotgefärbten ätherischen Kampferlösung zur subduralen Injektion einmal ein Beschlag mit dicken rosa Eiskrusten an den Augen und der Nase ein, »was doch für die vorläufig noch nicht sichtbare Kommunikation spricht«. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

16) **S. Le Roy McCurdy.** Depressed fracture of the malar bone with report of three cases.

(New York med. journ. 1902. November 15.)

Bei einem Falle von Depressionsfraktur des linken Oberkiefers infolge eines Sturzes war der Oberkieferknochen soweit auseinander geschoben, daß der Bulbus $^1/_2$ Zoll herausgetrieben war. Manuelles Redressement war nutzlos, ebenso mißlangen Versuche, die Fragmente mit einer gewöhnlichen Schraube aneinander zu schrauben; deshalb benutzte Verf. einen gerade zur Hand befindlichen Kleiderhaken mit 2 seitlichen Bügeln und einer Schraube, die die Knochenstücke ausgezeichnet zusammenhielt. Verf. war so befriedigt von diesem in der Not gebrauchten Aushilfsmittel, daß er auch in zwei weiteren Fällen mit gleich günstigem Erfolg den Kleiderhaken verwandte, und diesem »Instrumente« einen dauernden Platz in seinem Instrumentarium anwies. 4 Bilder, worunter das des verwendeten Kleiderhakens, vervollständigen die Ausführungen.

Scheuer (Berlin).

---

17) **V. Texier.** Contribution à l'étude du diagnostic des lésions de la partie moyenne des fosses nasales.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 38.)

Verf. rühmt die großen Vorteile, welche die Killian'sche Rhinoscopia media für die Erkennung und Behandlung der Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen biete; er beschreibt genau ihre Anwendung zur Untersuchung der tiefer gelegenen, bisher schwer zugänglichen Teile, wie mittlerer Nasengang und Riechspalte. Für die Erkennung ebenda gelegener Polypen und Geschwülste, sowie die Sondierung der Nebenhöhlenostien sei die Methode höchst wertvoll. Besonders die Therapie der Keilbeinhöhlenaffektionen und ihre neuerdings immer mehr beobachteten Beziehungen zum chronischen Retronasalkatarrh würden dadurch beträchtlich gefördert werden.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

---

18) **V. Veau.** Les plaies du canal thoracique dans la portion cervicale.

(Gaz. des hôpitaux 1902. No. 123.)

21 Beobachtungen von Verletzung des Ductus thoracicus im Cervicalteil sind V. aus der Literatur bekannt. Von diesen Verletzungen war eine einzige durch Messerstich entstanden, alle anderen bei Operationen, z. T. zufällig.

Die erfolgte Verletzung wird zuweilen erst spät erkannt, z. B. nach mehreren Tagen beim Verbandwechsel. Bei völliger Durchtrennung des Ductus treten sehr schnell Kollateralen ein, die die Chylusflüssigkeit in die Vene schaffen. Ergießt sie sich längere Zeit nach außen, so kommt es zu rapider Abmagerung unter quälendem Durst und heftigen Kopfschmerzen. Die Harnmenge sinkt stark

(bis auf 400 ccm in 24 Stunden). Dieser Zustand dauert eine Woche bis anderthalb, ja 3 Monate, um dann plötzlich oder allmählich aufzuhören: alle Fälle von Ductusverletzung gehen in Heilung aus.

Die Behandlung besteht am besten in Kompression durch Tamponade, wenn auch Naht und Ligatur zum Ziele führen und gelegentlich indiziert sein können. **V. E. Mertens** (Breslau).

---

19) **O. Ehrhardt.** Zur Anatomie und Klinik der Struma maligna.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1.)

Unter Zugrundelegung fast des gesamten, bisher in der deutschen und ausländischen Literatur veröffentlichten Materiales von malignen Strumen, sowie einer Reihe neuer Fälle gibt E. eine eingehende Bearbeitung aller für die Beurteilung und Behandlung dieses Leidens wichtigen Fragen. Unter diesen erfahren die Histologie, die Metastasenbildung und vor allem die Therapie die ausführlichste Besprechung. Hinsichtlich der letzteren kommt E. zu dem Schlusse, daß die Resultate der Operation dauernd bessere geworden seien, sowohl hinsichtlich der Sterblichkeit des Eingriffes, als auch bezüglich der Dauerheilung. Die von Kocher inaugurierte Resektion der verwachsenen Halsorgane, welche mehr und mehr Eingang gefunden habe, wird als wesentliche Ursache für die Besserung der Dauererfolge betrachtet. **Blauel** (Tübingen).

---

20) **O. Ehrhardt.** Über die regionären Lymphdrüsen beim Krebs der Schilddrüse.

(Zentralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie 1902. Nr. 10.

Die gesteigerte Aufmerksamkeit für die Verbreitungswege des Karzinoms in den regionären Lymphdrüsen findet auch ihren Ausdruck in der kleinen, aber inhaltsreichen Arbeit von E. An 30 selbst beobachteten Fällen von Struma maligna und unter Verwendung von 300 weiteren Fällen aus der Literatur hat Verf. die Lymphgefäßversorgung der Schilddrüse studiert; er konnte feststellen, daß nur geringe anastomotische Verbindungen zwischen den beiden Schilddrüsenlappen bestehen. Die Hauptmasse der Lymphgefäße sammelt sich an der lateralen und hinteren Seite der Drüse, wo kolloidhaltige Lymphreservoirs mikroskopisch festzustellen sind; von da werden die Glandulae cervicales profundae inf. infiziert, welche mit zwei weiteren Plexus in Verbindung stehen, den mediastinalen und axillaren Lymphdrüsen.

Ein zweites Abflußgebiet betrifft die Drüsen, die aus den medialen Teilen der Schilddrüsenlappen versorgt werden; es sind dies Drüsen zwischen Kehlkopf und Speiseröhre, welche wichtig sind, weil bei ihrer Erkrankung starke Atemnot und Schluckbeschwerden entstehen.

Gesonderte Lymphbahnen hat der obere Schilddrüsenpol durch eine Verbindung mit den submandibularen und sublingualen Drüsen, der untere Pol direkt mit den mediastinalen Lymphdrüsen, die aber niemals isoliert erkrankt gefunden wurden.

Die genannten Verbreitungswege stellen das Gebiet des normalen Saftstromes von der Gland. thyreoid. dar; bei Undurchgängigwerden infolge Metastasierung treten auch noch andere Verbindungen auf, wobei mit einer gewissen Regelmäßigkeit die Glandulae cervicales superiores profundae und superficiales betroffen werden.

Endlich kommen auch reiche Anastomosen mit den Lymphgefäßen der Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut in Betracht, wodurch in einzelnen Fällen durch Erfüllung der Lymphgefäße der Zwischenbänder von den Trachealringen geradezu das Bild wie bei einer gelungenen Quecksilberinjektion gegeben war.

Scheuer (Berlin).

---

21) **J. H. Spiegelberg.** Ursachen und Behandlung der Kehlkopfstenosen im Kindesalter.

(Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin 1902. Bd. II. Hft. 11)

Die vorliegende Abhandlung ist vornehmlich für den Praktiker geschrieben. Unter Verzicht auf eine gleichmäßig ausführliche Behandlung der einzelnen ätiologischen Momente, beschränkt sich Verf. darauf, nur das praktisch Wichtige ausführlicher zu erörtern. Bei der Therapie gibt er ein anschauliches Bild der Technik der Tracheotomie und Intubation unter Erwähnung der dabei und besonders in der Zeit der Nachbehandlung möglichen Schwierigkeiten. Verf. versucht in kritischer Weise eine möglichst präzise Indikation für beide Verfahren zu geben. Durch die Serumbehandlung seien die Indikationen für die Intubation bedeutend erweitert worden. Als Gegenanzeigen derselben bezeichnet er: schwerste Dyspnoë, Herzschwäche, Rachenstenose, Glottisödem, sehr ausgebreiteten und septischen Diphtherieprozeß, Blutungen, im allgemeinen das Alter von 1—1½ Jahren. Bedingte Gegenanzeigen seien: Lähmungen, starke Katarrhe, sowie die Unmöglichkeit richtiger Überwachung und Pflege. So rät Verf. energisch, »die Frage Tracheotomie oder Intubation durch die Antwort zu beseitigen: Tracheotomie und Intubation, jedes an seinem Platze«. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

---

22) **F. Varay.** Tubage et broncho-pneumonie chez les diphthériques.

(Province méd. 1902. Nr. 4.)

Aus dem Material von 2¾ Jahren der Charité in Lyon, welches 613 Diphtheriefälle mit 201 Bronchopneumonien umfaßt, kommt der Autor zu dem Schluß, daß die Tubage nicht als eine Ursache für das Eintreten dieser Komplikation aufzufassen ist. Sie hat zuweilen

sogar den Anspruch, prophylaktisch zu wirken. Auf die ausgesprochene Bronchopneumonie ist sie ohne Einfluß; jene bildet aber auch keine Kontraindikation und darf von der Anwendung dieser Behandlung nicht abschrecken. Die Ursache der Bronchopneumonie liegt allein in der Diphtherie selbst bezw. dem organischen Verhalten des Kranken.

Herm. Frank (Berlin).

---

23) **Zollikofer** (St. Gallen). Über den Befund von protargonhaltigen Körnern bei Probepunktionen des Thorax und über das Vorkommen derselben in Tumoren und anderen Affektionen der Lunge.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 12.)

Eine Probepunktion des Thorax bei einer Frau mit allgemeiner Sarkomatose ergab keine Flüssigkeitsansammlung im Dämpfungsbezirk, wohl aber in den wenigen Tropfen des Spritzeninhaltes zahlreiche, geschichtete, mattglänzende, an die Myelinkörner des Auswurfs erinnernde Körperchen. Dieselben ergaben Protargonreaktion, und zwar in einer solchen Menge, daß es von den Lungennerven nicht herrühren konnte.

Zahlreiche Untersuchungen von Lungen mit den verschiedensten Affektionen ergaben schließlich folgendes für die Punktionsdiagnose beachtenswerte Resultat: Myelinkörper von außerordentlicher Zahl und Dimension können in infiltrierten Lungenpartien vorkommen, und zwar in schönster Entwicklung bei bösartigen Geschwülsten. Wo Zweifel bestehen, ob ein pathologisches Gewebe im Innern des Brustkorbes zu Rippe, Pleura, Speiseröhre, Leber oder Lunge gehöre, da entscheidet der Befund von Myelinkörnern bei einer Probepunktion sofort zu Gunsten der Lunge. — Chemisch sind die Körner im wesentlichen aus Protargon aufgebaut und demnach identisch mit dem Myelin des Auswurfs.

P. Stolper (Breslau).

---

24) **Marique.** Recherches sur les corps étrangers du coeur et des gros vaisseaux.

Brüssel, **H. Lambertin,** 1901.

Verf. hat in einer Reihe von 85 Tierversuchen das Verhalten des Herzens Fremdkörpern gegenüber geprüft, indem er meist bei Kaninchen das Herz freilegte, diesem Nadeln oder Bestandteile von Kugeln einverleibte und dann die Tiere später tötete. Seine Resultate, die mit zahlreichen, besonders aus der französischen und englich-amerikanischen Literatur zusammengestellten klinischen Beobachtungen verglichen werden, sind in Kürze folgende:

1) Versenkt man Fremdkörper vollständig in die Muskulatur des Herzens, indem man das Perikard darüber verschließt, so können diese, wenn das Versuchstier den ersten Chok überstanden, reaktionslos einheilen. Die Tiere bleiben beschwerdelos am Leben. In einzelnen Fällen wird der Fremdkörper durch die Muskelkontraktionen

des Herzens entweder in die Ventrikel oder den Herzbeutel getrieben und kann hier einheilen.

2) Werden die Fremdkörper indes nicht völlig versenkt, bleiben vielmehr in dem Nachbargewebe teilweise stecken, so heilen dieselben nicht fest ein, sie machen alsdann große Wunden in die Muskulatur, die entweder zu tödlichen Blutungen oder eitrigen Entzündungen führen.

3) Fremdkörper können ebenfalls reaktionslos in den Herzhöhlen einheilen. Im allgemeinen ist die Bildung von Thromben hierbei selten. — Sie wurde niemals beobachtet bei Eisenteilen, häufiger bei Kupfer. Verf. glaubt, daß letzteres auf die Leukocyten zerstörend einwirkt, und daß so die Thrombosenbildung ein chemischer und kein mechanischer Vorgang ist.

4) Für die Therapie ergibt sich daraus, daß man im allgemeinen das Suchen der Geschosse vermeiden soll, da dies unnütz und erfahrungsgemäß gefährlich, und daß man sich bei einem operativen Eingriffe auf Blutstillung und Wundnaht beschränken soll.

Coste (Straßburg i/E.).

---

25) **H. Küttner.** Welche Aussichten bietet die Operation des Mammakarzinoms bei vergrößerten Supraclaviculardrüsen?

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Die Nachforschungen über die in den Jahren 1880—1902 in der v. Bruns'schen Klinik ausgeführten Mammaamputationen mit gleichzeitiger Entfernung vergrößerter Supraclaviculardrüsen haben ergeben, daß von den in Frage kommenden 40 Frauen 38 bereits an Krebs gestorben sind, die beiden noch lebenden an einem inoperablen Rezidiv leiden, welchem sie auch bald erliegen werden. Es ist also keine der Frauen dauernd geheilt worden.

Aus dieser lückenlosen Untersuchungsreihe geht einwandsfrei hervor, daß jedes Mammakarzinom, bei welchem bereits vergrößerte Supraclaviculardrüsen fühlbar sind, eine absolut ungünstige Prognose gibt, daß eine Operation also nur einen palliativen Zweck haben kann.

Blauel (Tübingen).

---

26) **Gottstein.** Die gleichzeitige doppelseitige Vagotomia supradiaphragmatica beim Hunde und ihr Einfluß auf die Cardia.

(Habilitationsschrift, Breslau, 1902.)

Veranlassung zur Bearbeitung der Frage gaben Verf. Untersuchungen über die Ursachen der sackförmigen Dilatation der Speiseröhre. G. durchschneidet die Vagi von der Bauchhöhle aus oberhalb des Zwerchfelles. Das hat vor der Durchschneidung am Hals den Vorzug, daß die Fasern für Magen und Herz unbeschädigt bleiben, vor der subdiaphragmatischen den Vorteil, daß alle zur Cardia ziehende Fasern getroffen werden. Verf. ist entlang der Speiseröhre

in die linke Pleurahöhle eingedrungen und hat beiderseits Stücke des Vagus reseziert. Der Zwerchfellschlitz wurde dann mit der Cardia wieder vernäht. Die so operierten Hunde zeigten Störungen im Schluckmechanismus; indem sie zwar Flüssigkeiten und kleine feste Bissen, nicht aber große feste Bissen schlucken konnten. Diese blieben in der Speiseröhre stecken und wurden unter starker Schleimabsonderung ausgebrochen. Falls die Hunde vorher getötet wurden, sah man eine durch diese Bissen bewirkte Auftreibung des unteren Speiseröhrenabschnittes.

Die Cardia war an allen diesen Hunden bei der Sektion offenstehend befunden worden. Wie andere Beobachtungen Verf.'s ergeben, hat dieses Offenstehen aber nichts mit der Vagotomie zu tun; vielmehr klafft die Cardia immer in etwa Federkieldicke und ist nur vom Magen her ventilartig verschlossen. Bei vagotomierten Hunden kann dieser ventilartige Verschluß durch ganz geringen Druck aufgehoben werden. Die Ansicht v. Mikulicz's, daß die Cardia des Menschen im Ruhezustand offen steht, wird dadurch gestützt. Eine Kontraktion der Cardia tritt immer erst auf einen Reiz hin ein. Nach Durchschneidung der zur Cardia ziehenden Nervenfasern ist weder eine Kontraktion noch eine Dilatation der Cardia vorhanden. Die Ansicht, daß durch die Vagotomie eine Kontraktion der Cardia herbeigeführt werde, ist also nach Verf.'s Untersuchungen nicht mehr haltbar. **E. Moser** (Zittau).

Kleinere Mitteilungen.

Über einen Apparat zur optischen Kontrolle des Pulses während der Narkose.

Von

Prof. Dr. **Gustav Gaertner** in Wien.

Bei der Überwachung des Pulses in der Narkose mache ich regelmäßig die peinliche Erfahrung, daß nach Ablauf eines verhältnismäßig kurzen Zeitraumes mein Urteil über die Beschaffenheit des Pulses, welches zu Beginn ein sehr sicheres war, unzuverlässig und schwankend wird, so zwar, daß ich nach längerem, ununterbrochenem Pulsfühlen schließlich Mühe habe, die Arterie überhaupt aufzufinden.

Es ist begreiflich, daß mich eine solche Wahrnehmung stets in Aufregung versetzt, da ich doch zunächst nicht wissen kann, ob die Schuld am Verschwinden des Pulses an mir oder am Pulse gelegen ist. Nach kurzer Unterbrechung erholen sich die in Betracht kommenden Apparate (ich glaube, daß eine Ermüdbarkeit des Muskelsinnes die Schuld trägt), und ich gewinne, allerdings nur für kurze Zeit, das Urteil über den Puls wieder. Inzwischen konnten aber die bedrohlichsten Symptome von mir übersehen worden sein.

Eine Umfrage bei Kollegen, die vermöge ihres Berufes häufig narkotisieren, hat mich belehrt, daß es auch ihnen genau so geht wie mir, daß auch sie das Urteil über den Puls nach einiger Zeit verlieren.

Ich glaube mich keiner Übertreibung schuldig zu machen, indem ich behaupte, daß eine wirkliche, stetige Überwachung der Circulation während länger dauernder Operationen bis nun nicht geübt werden konnte. Dies gilt meiner Überzeugung nach auch für die Fälle, in denen zur Kontrolle

des Pulses ein eigener Wächter aufgestellt wurde. Noch schlimmer war es um die Überwachung der Circulation bestellt, wenn sie dem Narkotiseur überlassen blieb, dessen Aufmerksamkeit auf so vielerlei Dinge und Vorgänge zersplittert wird.

Über die große Bedeutung der Circulationsverhältnisse für den gefahrlosen Ablauf der Narkosen kann wohl kein Zweifel bestehen.

Bei ungenügender oder völlig unterbrochener Atmung und gutem Pulse wird die künstliche Respiration die Gefahr beseitigen. Der gestörten Circulation gegenüber sind wir machtlos; einen künstlichen Kreislauf vermögen wir nicht einzuleiten. Die Gefahren, die von dieser Seite drohen, müssen also schon in deren Anfängen erkannt werden, um wirksam bekämpft werden zu können.

Ich verfüge nach dieser Richtung über eine ziemlich reiche Erfahrung vom Thierexperiment her.

Für den Hund ist eine Chloroformnarkose, im Vergleiche zum Menschen, ein äußerst gefährlicher Eingriff. Bei ungenügender Übung oder Aufmerksamkeit kann es leicht geschehen, daß schon von 10 narkotisierten Hunden je einer oder mehrere zugrunde gehen. Niemals sah ich indes einen Todesfall, wenn in der Narkose der Blutdruck verzeichnet wurde. Die Gefahr wurde durch den Blutdruckschreiber immer rechtzeitig angezeigt.

Diese Überlegungen und Erfahrungen reiften in mir den Gedanken, die Kontrolle der Circulation während der Narkose zu verbessern. Nachdem ein paar Versuche mit dem Kreidl'schen Onychoskop kein befriedigendes Resultat ergaben — der Apparat versagt in vielen Fällen gänzlich, erfordert außerdem zuviel Bedienung und ist zerbrechlich —, ging ich daran, ein eigenes Instrument zu konstruieren.

Unterstützt durch die Hilfe des Herrn L. Castagna, Mechaniker am physiologischen Institut zu Wien, ist es mir gelungen, einen Apparat zur optischen Kontrolle des Pulses zu bauen, der, soweit meine bisherigen Erfahrungen reichen, allen vernünftigen Anforderungen gerecht wird.

Der »Pulskontroller« wird am Vorderarme oder, wenn das die Verhältnisse nicht gestatten sollten, am Unterschenkel befestigt. Auf dem 7 cm im Durchmesser haltenden Zifferblatte bewegt sich ein Zeiger, der mit großen (20 bis 90 Winkelgrade betragenden), weithin sichtbaren Ausschlägen die Pulsbewegung anzeigt. Man ersieht an dem Apparate zunächst, ob der Puls groß oder klein, regelmäßig oder unregelmäßig ist; man kann mit Leichtigkeit die Pulsfrequenz bestimmen oder schätzen. Der Apparat gestattet aber auch einen Schluß über die Höhe des Blutdruckes und über Schwankungen desselben. Er zeigt ferner alle Details der sphygmographischen Kurve, wie Rückstoßelevation, Elastizitätsschwankungen — er läßt den Pulsus celer und tardus erkennen. Dabei unterscheidet er sich von den Sphygmographen und ähnlichen Apparaten dadurch, daß er ausnahmslos innerhalb weniger Sekunden in Funktion gesetzt werden kann, und daß die Größe der verzeichneten Bewegungen nicht von unberechenbaren Zufällen abhängt, sondern ausschließlich von der Größe des Pulses, dessen getreues Bild sie darstellen.

Der Apparat verzeichnet noch Pulse, die mit der Hand nicht mehr gefühlt werden können. Er ist auch unabhängig von der abnormen Lage einzelner Arterien.

Der Pulskontroller ist ganz aus Metall gefertigt (kein Kautschuk) und sehr wenig gebrechlich. In Gang gesetzt, funktioniert er stundenlang ohne weitere Bedienung.

Er gestattet dem Narkotiseur die fortlaufende Überwachung jedes einzelnen Pulsschlages. Der Operateur kann sich jederzeit durch einen Blick von dem normalen Ablaufe der Circulation überzeugen.

Der Apparat soll demnächst in einer Reihe von Instituten in größerem Maßstabe zur Anwendung gelangen.

Die gewonnenen Erfahrungen werde ich gleichzeitig mit der Beschreibung des Apparates, der auch dem Internisten gute Dienste leisten wird, an geeignetem Orte (Chirurgen-Kongreß) mitteilen.

27) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

129. Sitzung am 12. Januar 1903.

Vorsitzender: Herr Hoffa.

1) Herr Hoffa: Vorstellung eines Akrobaten, der sich bei einem Salto mortale eine Längsfraktur der Patella zugezogen hatte; und zwar war das äußere Drittel abgebrochen. Es war eine Schmerzhaftigkeit an der Außenseite zurückgeblieben, die ihn in seinem Berufe hinderte. H. fixierte die Bruchstücke gegeneinander durch eine Seidennaht und hat dadurch erreicht, daß der Mann wieder arbeitsfähig ist.

2) Herr Hoffa: Beiträge zur Sehnenplastik.

H. gibt einen Überblick über ca. 100 Fälle, die er durch Sehnenplastik behandelt hat. Die Resultate waren im allgemeinen gute. Um dieselben zu erzielen, ist die erste Bedingung eine exakte Aseptik. H. benutzt zur Naht Seide, die in 1‰iger Sublimatlösung gekocht ist. Primäre Eiterung bedingt einen Mißerfolg; H. erlebte sie 4mal unter 120 Fällen. Von der nachträglichen Ausstoßung von Seidenfäden wurde das Resultat in der Regel nicht beeinträchtigt. Zum zweiten ist für gute Blutstillung zu sorgen; durch Nachblutungen wird die Bildung festen Sehnengewebes verhindert. Drittens ist eine genügend lange Fixation erforderlich. Auch Tierexperimente ergaben die Bedeutung dieser drei Momente für die Entwicklung eines festen sehnigen Gewebes an der Nahtstelle. Fixierende Verbände wurden gewöhnlich 6 Wochen hindurch angewandt. Endlich muß man bei der Operation darauf bedacht sein, eine genügende Spannung der Sehnen herzustellen. H. ist der Überzeugung, daß in manchen Fällen von Lähmung eines Muskels nur eine Funktionsunfähigkeit besteht, weil die Muskeln zu lang und zu gedehnt sind; man vermag dann durch Sehnenverkürzung den Tonus wieder herzustellen. Er führt darauf einen funktionellen Erfolg zurück, den er bei einer Facialislähmung hatte, wo er aus kosmetischen Gründen eine Keilexzision aus der Wange gemacht und den unteren Teil der Wange an den Jochbogen angenäht hatte. Im übrigen erreicht man durch die Sehnenplastiken nicht immer eine Funktion, wie man beabsichtigt hatte, sondern oft nur eine tendinöse Fixation; in diesen Fällen dient die Sehnenplastik als Ersatz der Arthrodese. H. hat verschiedentlich auch periostale Sehnenplastiken gemacht und durch Einfügung von Seidensehnen eine Neubildung von Sehnendefekten zu erzielen versucht. Er demonstriert an einer Reihe von Pat. die Erfolge, die er durch seine Sehnenplastiken erzielt hat bei paralytischem Schlottergelenk der Schulter, bei einer Radialislähmung, bei paralytischen Klump- und Plattfüßen.

3) Herr Joachimsthal: a. Geheilte angeborene Hüft- und Kniegelenksluxation.

J. sah das jetzt 3jährige Mädchen bald nach der Geburt, wo es ihm wegen eines Genu recurvatum congenitum zugeführt wurde; das Bein ließ sich hyperextendieren bis zu einem Winkel von 130°. Dieses Leiden heilte spontan wie gewöhnlich; nach 2 Jahren, als J. die Hüftgelenksluxation in Behandlung nahm, die an demselben Beine bestand, wurde das Knie normal gestreckt. Die Hüftverrenkung heilte nach der Reposition und Fixation in Abduktionsstellung innerhalb eines Vierteljahres. Demonstration.

b. Über den Pes valgus congenitus.

Geringgradige Plattfüße sind nach Küstner's Erhebungen bei Neugeborenen nicht selten; hochgradige sind selten. J. demonstriert ein Kind, das er im Alter von 4 Wochen mit einem doppelseitigen, hochgradigen Pes valgus in Behandlung bekam, nachdem er es 10 Monate hindurch mit redressierenden Verbänden behandelt hat. Die Deformität, die so hochgradig war und mit so starker Abduktion des Vorfußes einherging, daß bei nach vorn gerichteter Patella die kleine Zehe rechtwinklig zum Unterschenkel stand, ist jetzt ausgeglichen. Interessant ist dabei, daß auch die Längenverhältnisse der Zehen sich geändert haben; ursprünglich erschien die große Zehe erheblich kürzer. Die Änderung dieses Ver-

hältnisses durch die Korrektion der Stellung zeigt, daß es sich nicht um eine reelle Verkürzung handelte, sondern daß eine scheinbare, durch Gelenkverschiebung bedingte Verkürzung vorlag.

c. Angeborener Oberschenkeldefekt und Coxa vara.

J. zeigt ein Kind mit hochgradiger Verkürzung des Oberschenkels, bei dem zuerst auf Grund des Röntgenbildes ein angeborener Defekt des Oberschenkels angenommen wurde; es fehlte der Oberschenkelkopf und der proximale Teil der Diaphyse. Spätere Aufnahmen des Beines zeigten, daß der Defekt des Oberschenkels nicht so hochgradig war, als es zuerst auf Grund des Röntgenbildes schien; ein Teil der zuerst nicht sichtbaren Diaphyse erschien nach verspätet eingetretener Ossifikation auf den späteren Bildern und zeigte sich im Sinne der Coxa vara verkrümmt. Die weitere Kontrolle mit Hilfe des Röntgenbildes dürfte bei fortschreitender Ossifikation wahrscheinlich auch ein Vorhandensein des Kopfes ergeben, so daß die Mißbildung also nicht als angeborener Oberschenkeldefekt, sondern als hochgradige Coxa vara congenita mit Fortsetzung der Verkrümmung auf den proximalen Teil des Oberschenkels zu deuten ist.

4) Herr Hoffa: Über Schenkelhalsbrüche im kindlichen und jugendlichen Alter.

Nach Besprechung der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen teilt H. 11 eigene Fälle ihrem Verlaufe und der bei ihnen eigeschlagenen Therapie nach mit unter Demonstration der von ihnen aufgenommenen Röntgenbilder.

In den 7 älteren Fällen mußte wegen schlechter Stellung des Beines, anhaltender Schmerzen eine operative Behandlung (Resektion mit nachheriger Einstellung des Trochanters in die Pfanne, Osteotomia subtrochanterica) eingeschlagen werden, die immer gute definitive Resultate ergab. H. faßt zum Schlusse das Ergebnis seiner Erfahrungen und Studien über die Schenkelhalsbrüche im kindlichen Alter zusammen: Es handelt sich meist um traumatische Lösungen der Schenkelkopfepiphyse, selten um Brüche im Schenkelhalse selbst. Es kommen vollständige und unvollständige Schenkelhalsbrüche und ebenso vollständige Zerreißungen der Epiphyse und anfänglich nur in einer Lockerung bestehende Epiphysenlösungen mit mehr oder minder ausgedehnter Zerreißung des Periosts vor; im ersteren Falle wird der stumpfe Schenkelhalswinkel in einen mehr rechten verwandelt, im letzteren stellt sich die Epiphysenebene oft nahezu vertikal.

Es waren außer schweren Gewalten oft nur geringfügige Traumen vorangegangen. In manchen Fällen lag hier bereits eine krankhafte Veränderung vor, nämlich eine typische Coxa vara; die Pat. hatten schon vorher über Hüftschmerzen geklagt oder hatten schon vor der Verletzung gehinkt. Da bei der Coxa vara die Epiphysenlinie nahezu vertikal verläuft, so ist es begreiflich, daß sie sich bei Beanspruchung auf Biegung leicht löst. Die Erscheinungen sind zunächst geringgradig; stärkere Beschwerden stellten sich erst nach einer Reihe von Wochen und Monaten ein.

Die richtige Diagnose ist selten gleich gestellt worden. Die erste Diagnose wurde gewöhnlich auf Kontusion der Hüfte gestellt, später wurde gewöhnlich eine Coxitis angenommen; die in falscher Stellung des Beines ausgeheilten Fälle wurden als statische Schenkelhalsverbiegung aufgefaßt. Als Symptome, die bald nach der Verletzung bestehen, sind zu nennen: Stellung des Beines in leichter Flexion, Außenrotation und Adduktion, Hochstand des Trochanters etc., später finden wir die typische Coxa vara. Gegenüber der tuberkulösen Coxitis ist bemerkenswert das Fehlen der reflektorischen Muskelspasmen. Den genaueren Sitz der Fraktur weist das Röntgenbild nach.

Die Prognose ist ungünstig, einmal weil oft eine knöcherne oder bindegewebige Heilung vollständig ausbleibt, oder weil die Heilung unter stärkerer Dislokation der Fragmente erfolgt, oder weil sich noch sekundär durch die Belastung eine Coxa vara ausbildet.

Die Behandlung wird in der ersten Zeit in Extension resp. Gipsverband nach Korrektur der Stellung bestehen; nach der Konsolidation soll man noch 1 Jahr einen Schienenhülsenapparat mit Beckengürtel und Abduktionsvorrichtung tragen

lassen. Hat sich eine Deformität ausgebildet, so kommt man in leichteren Fällen mit orthopädischer Behandlung aus, schwerere erfordern die Resektion oder die subtrochantere schiefe Osteotomie.

5) Herr Pfeifer: Multiple chronische Gelenkentzündungen im Kindesalter.

Nach Mitteilung der Krankengeschichte eines typischen, zu Ankylosen und Kontrakturen der verschiedensten Gelenke führenden Falles skizziert P. diese von vornherein chronisch verlaufenden Gelenkrheumatismen, die Arthritis chronica villosa und die Arthritis ankylopoëtica. Während bei ersterer hauptsächlich die Kapsel verdickt und gewuchert ist, ist bei letzterer außer der Kapsel, die frühzeitige Neigung zur Schrumpfung zeigt, der Knorpel stärker beteiligt. Diese primären chronischen Gelenkrheumatismen beginnen fieberlos und allmählich in den kleinen Gelenken der Extremitäten und führen zur Ankylose oft sämtlicher Körpergelenke.

Der chronische Gelenkrheumatismus kann auch aus einem akuten entstehen; häufig konstatiert man dabei Klappenläsionen; mit der Zeit treten hier Stillstände und Heilungen ein. Am seltensten wurde im Kindesalter die Arthritis deformans beobachtet; dieselbe war meist aus polyartikulären Gelenkentzündungen nach akuten Infektionskrankheiten hervorgegangen. Auch die Strepto- und Staphylomykose und die Osteomyelitis kann zu multiplen chronischen, deformierenden Gelenkentzündungen führen.

Therapeutisch kommen hauptsächlich die physikalischen Heilmethoden und die Apparatbehandlung in Betracht. Bei Ankylosen größerer Gelenke hat Hoffa mehrfach mit Erfolg das Einlegen von resorbierbaren Magnesiumplatten angewandt.

6) Herr Engelmann: Zur Kasuistik der Spontanluxationen des Hüftgelenkes.

Das 10jährige Mädchen erkrankte im September v. J. an Typhus; in der 6. Woche stellten sich Schmerzen in der linken Hüftgegend ein, das Bein wurde in Beuge- und Adduktionsstellung ruhig gelagert. Anfang November wurde eine typische Luxatio iliaca festgestellt, die spontan im Gefolge der typhösen Coxitis aufgetreten war. Der Eintritt der Verrenkung war von der Pat. nicht bemerkt worden. Es wurde die unblutige Einrenkung wie bei einer kongenitalen Luxation vorgenommen. Der Trochanter stand $4^1/_2$ cm über der Roser-Nélaton'schen Linie; der Einrenkung wurde eine manuelle Extension des Beines vorhergeschickt; schon bei den ersten pumpenschwengelartigen Bewegungen trat der Kopf mit lautem Geräusch in die Pfanne. 3 Wochen Gipsverband. Heilung. (Demonstration.)

Herr König bemerkt, daß in seinen Fällen von Spontanluxation nach Typhus die Reposition nach dem Modus derjenigen bei traumatischer Luxation ausgeführt wurde.

7) Herr Becher: Über den Zusammenhang zwischen Thoraxdeformitäten, Skoliosen und adenoiden Vegetationen des Nasen-Rachenraumes.

B. hat diesen von Redard aufgestellten Symptomenkomplex in ca. 6% der Fälle gefunden, der bei Kindern von 6—12 Jahren aufzutreten pflegt. Es handelt sich um leichte habituelle Skoliosen in den verschiedensten Formen, die sich entwickelten, nachdem schon seit längerer Zeit Thoraxdeformitäten bemerkt worden waren, nämlich muldenförmige Einziehung über dem unteren Drittel des Sternum, flache Einziehungen der seitlichen unteren Thoraxpartien, ohne daß Zeichen von Rachitis bestehen. Daneben erkennt man bereits durch den Aspekt (Gesichtsausdruck etc.) und aus sonstigen Symptomen das Vorhandensein adenoider Vegetationen, die ebenfalls bereits seit Jahren Erscheinungen machten. Daß die adenoiden Vegetationen diese Knochenveränderungen zur Folge haben, erklärt sich aus dem Einflusse, den sie auf den allgemeinen Ernährungszustand (Anämie, schlaffe Muskulatur) haben. Nach ihrer Entfernung geht die Skoliose unter Anwendung von Massage und Turnübungen zurück. Auch anderen nasalen Erkran-

kungen, die die Respiration behindern, erkennt B. eine Rolle in der Ätiologie der geschilderten Deformierungen zu.

Herr König ist der Meinung, daß der Einfluß der Rachitis nicht genügend gewürdigt ist. Er glaubt, daß die Behinderung der Atmung, wie sie die adenoiden Vegetationen verursachen, nur dann zu den genannten Deformierungen führen werde, wenn die Knochen abnorm weich sind.

Herr Hoffa bemerkt, daß in den Fällen, die als Grundlage der Becher-schen Ausführungen dienten, Zeichen von Rachitis gerade mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden konnten. **R. Wolff** (Berlin).

---

28) **Bossart** (Aarau). Zur Chloräthylnarkose.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 19.)

Verf. berichtet über 157 Chloräthylnarkosen mit der Niereker'schen Maske. Auch er hat, wie Seitz, einen Todesfall erlebt, und zwar bei einem wegen Kehlkopfdiphtherie zu tracheotomierenden Kinde. Er empfiehlt indes diese Narkose für kurze Eingriffe. **P. Stolper** (Breslau).

29) **N. J. Napalkow.** Zur Frage von der kombinierten Bromäthyl-Chloroformnarkose.

(Chirurgie 1902. August. [Russisch.])

In der Iwerski'schen chirurgischen Klinik wurde diese Narkose 559mal angewendet. Die mittlere Dauer betrug bei Männern 44,2 Minuten, bei Frauen 40,7; es wurden dabei 7,7 resp. 7,2 Bromäthyl und 34,2 resp. 27,4 Chloroform verbraucht, also 0,77 resp. 0,67 Chloroform in der Minute. Die Narkose trat nach 5,9 resp. 5,1 Minuten ein. Erbrechen wurde in 27% beobachtet, Asphyxie in 4,5%, Pulsfallen 2,9%. Nach der Operation erfolgte Erbrechen in 49,9% der Fälle. **Gückel** (Kondal, Saratow).

30) **W. M. Platonow.** Die Rückenmarksanästhesie.

(Chirurgie 1902. Oktober. [Russisch.])

Im Stadtkrankenhause zu Jekaterinodar wurden 1899—1901 283 Pat. unter Rückenmarksanästhesie operiert. Injiziert wurden 1/2—2% Cocain, 2—5% Tropacocain und 4—6% Eukain. P. spricht sich gegen das Tropacocain und für das Eukain aus. Die Analgesie beginnt am Peritoneum, geht auf die Genitalien, die unteren Extremitäten, endlich auf den Bauch über; der Rückgang nimmt den umgekehrten Weg. 21mal mußte später die Allgemeinnarkose angewandt werden. Erbrechen wurde unter 201 Operationen 42mal beobachtet. In 50% verlief die medullare Narkose ganz glatt. Die Temperatur blieb 17mal normal, stieg in 42 Fällen bis 37,5°, 2mal bis 40,2°; in den übrigen Fällen schwankte sie zwischen 37,5—39,5°. Fast in der Hälfte der Fälle wurden nach der Operation Kopfschmerzen beobachtet. Die Rückenmarksanalgesie hat eine glänzende Laufbahn vor sich, muß aber noch vervollkommnet werden. **Gückel** (Kondal, Saratow).

31) **S. W. Kofman.** Über sog. subkutane Prothesen nach Gersuny.

(Chirurgie 1902. September. [Russisch.])

K. wandte die subkutane Injektion von Paraffin mit einem Schmelzpunkt von 36—40° in folgenden Fällen an: 4mal Korrektion einer Sattelnase, 1mal einer entstellenden Narbe an der Stirn, 1mal einer Fistel zwischen Mund und Nasenhöhle, 1mal nach Amputatio mammae zur Bildung einer Art neuer Brustdrüse, endlich in einem Falle von Descensus uteri. In letzterem Falle rief aber die Injektion von 30,0 Paraffin Lungenembolie hervor, der Pat. nach 24 Stunden erlag. In einem Falle von Nasenplastik trat Dermatitis, in einem zweiten Ödem auf, doch ging der Prozeß bald zurück. Im 3. Falle von Nasenplastik überstand Pat. nach 1/2 Jahre Erysipel des Gesichts, wobei die Form der Nase unverändert blieb. In

allen Fällen außer dem tödlich verlaufenen ist K. mit dem Resultate sehr zufrieden.

Gückel (Kondal, Saratow).

32) **E. Braatz.** Zur Dampfdesinfektion in der Chirurgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 541.)

Die Arbeit bringt eine Fortsetzung, Aufrechterhaltung und Erweiterung der ungünstigen Kritik, die B. an den Schimmelbusch-Lautenschläger'schen, wesentlich durch die v. Bergmann'sche Klinik populär gewordenen Dampfdesinfektionsapparaten zu üben begonnen hat (cf. d. Bl. 1901 p. 348) und die Borchard abzuwehren versucht hatte (cf. d. Bl. 1902 p. 256). Der Inhalt von B.'s Ausführungen entspricht im wesentlichen dem des von ihm auf dem diesjährigen Chirurgenkongresse gehaltenen Vortrages, der in den Kongreßverhandlungen p. 666 erschienen, in unserem Blatte aber nur unvollständig referiert ist. Der erste Tadel, den B. an dem Lautenschläger'schen Apparat übt, ist, daß derselbe mit einer Vorwärmung der Desinfektionsobjekte beginnt, was statt, wie Schimmelbusch meinte, ein Vorzug zu sein, für B. einen bedeutenden Nachteil bedeutet, wie er genauer zu beweisen sucht. Es liegt kein Grund vor, die Dampfzuleitung von oben mit den für diesen Zweck erforderlichen umständlichen und kostspieligen Vorrichtungen zu erzwingen, vielmehr ist ein Apparat, in dem der Dampf unten eintritt und oben unter dem lose sitzenden Deckel entweicht, vorzuziehen. Schließlich zieht B. den Schimmelbusch'schen, durch Borchard zum Teil verbesserten Verbandstoffbehältern seine eigenen vor.

Der in der Arbeit angeschlagene Ton der Kritik ist stellenweise reichlich scharf.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

33) **J. A. Guthrie.** Three cases of shark bite.

(New York med. journ. 1902. November 22.)

Verf. berichtet über 3 interessante schwere Verletzungen durch Haifischbiß, die er als amerikanischer Marinearzt zu beobachten Gelegenheit hatte.

Der 1. Fall betrifft einen jungen Marineangehörigen, der bei einer Schwimmübung sich plötzlich von einer unbestimmten Gewalt hinabgezogen fühlte, dann trat ein sehr kräftiger Ruck am linken Knie ein; der Mann konnte aber, ohne zu wissen, was ihm widerfahren, mit dem letzten Aufgebot seiner Kräfte zu dem etwa 15 m entfernten Boote schwimmen. Hier zeigte sich, daß das linke Bein abgerissen war im unteren Drittel des Oberschenkels; Pat. wurde amputiert und geheilt.

Der 2. Fall betraf einen jungen Fischer von Port Isabela de Basilan in den Philippinen; dort werden die Haie mit unbegreiflicher Kühnheit von den Fischern umschwommen und nach dem seichten Wasser zu gejagt, um dort gefangen zu werden; bei dieser Gelegenheit kommen naturgemäß Bisse von Haien vor; bei dem vorliegenden Falle biß der Fisch ein fast die ganze Länge des Oberschenkels umfassendes Muskelstück aus den Extensoren heraus. Der Defekt wurde nicht durch Haut von den braunen Eingeborenen gedeckt, sondern von weißen Amerikanern.

Der 3. Fall ereignete sich unter gleichartigen Umständen; hierbei war die Nase abgerissen; konnte aber durch den sofort geholten Arzt (Verf.) angenäht werden.

Scheuer (Berlin).

34) **Mendel.** Das akute circumskripte Ödem.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 48.)

M. teilt die Krankengeschichte eines Falles mit, der das von Quincke zuerst scharf charakterisierte Krankheitsbild des akuten circumskripten Ödems bot.

Ein 18jähriges Mädchen hat eine merkwürdige Schwellung am linken Arme von den Fingerspitzen bis zum Ellbogengelenk. An derartigen Schwellungen soll die Pat. von ihrer frühesten Jugend an den verschiedensten Körperteilen gelitten haben, welche in unregelmäßigen Zwischenräumen wiederkehrten. Die Schwellungen traten schnell auf, oft innerhalb weniger Stunden, und waren oft ebenso

schnell, ohne Spuren zu hinterlassen, verschwunden, nicht selten hielten sie aber auch 5—8 Tage an. Sie erschienen oft ohne Ursache, manchmal im Anschlusse an ein leichtes Trauma. Das Leiden ist in der Familie erblich. Der Urgroßvater der Pat. ist ihm unter Erstickungserscheinungen erlegen, ebenso 2 Kinder desselben, ferner eine Tante der Pat. und ihr Vater. — Von 12 Personen in 4 Generationen wurden 9 von der Krankheit befallen, von denen 6 mit Sicherheit dem Leiden erlegen sind. Mit zunehmendem Alter nahm die Krankheit an Intensität und Häufigkeit der Anfälle zu.

Das Mädchen ist sonst völlig gesund. Die geschwollenen Partien sehen gelblich-weiß, wachsähnlich durchscheinend aus, fühlen sich etwas kühler an als die normale Haut und zeigen nirgends Spuren entzündlicher Reizung. Auf Druck sind sie empfindlich; spontan ist nur ein Gefühl der Spannung und Schwere vorhanden. Fingerdruck hinterläßt keine Impression. Sensibilität erhalten. Allgemeinbefinden nicht gestört.

Die Behandlung, welche in Gaben von Aspirin und Bitterwasser bestand, hatte den Erfolg, daß die Anschwellung früher als in früheren Anfällen, schon nach 48 Stunden, geschwunden war. Prophylaktisch wurde Aspirin mit Erfolg weitergegeben, auch 4 Wochen lang nach Aussetzen der Medikation blieb Pat. frei von Anfällen. Dann traten sie wieder auf, das Ödem schwand aber nach Aspirin in 24 Stunden. Nach einer anfallsfreien Zeit sind trotz Orts- und Nahrungswechsel die Anfälle in letzter Zeit, und zwar in gefahrdrohender Weise, an Hals und Gesicht beobachtet.

Verf. faßt die Quincke'sche Krankheit als Morbus sui generis auf. Auf Grund des angeführten Falles und seiner Vorgeschichte ist die Prognose quoad vitam nicht immer günstig zu stellen. Die Erkrankung ist nach M. nicht als eine Angioneurose aufzufassen, sondern als eine Autointoxikation. Er glaubt, daß in unregelmäßigen Zwischenräumen ein gewisses Etwas, das wir bis jetzt nicht kennen, in die Blutbahn dringt und imstande ist, an begrenzten Körperteilen, und zwar besonders an solchen, deren Gefäßsystem bereits durch andere Einflüsse geschädigt ist, eine seröse Durchtränkung des Gewebes hervorzurufen. Die normalen Fäulnisprodukte des Darmes, welche als Lymphagoga zu betrachten sind, besonders wenn sie bei längerem Verweilen im Darme Zeit und Gelegenheit finden, in die Blutbahn einzudringen, sollen die auslösenden Stoffe sein, und die fast stets beobachtete Heredität betrachtet M. als Folge einer angeborenen und ererbten Idiosynkrasie gegen diese im Darme sich bildenden Zersetzungsprodukte

Langemak (Rostock).

35) **Blanchard.** Contribution à l'étude des blessures de l'oreille par balles de revolver.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 48.)

Ein 19jähriger Mann schießt sich mit einem Revolver von 9 mm Kaliber in den rechten Gehörkanal; ohne Bewußtseinsverlust tritt Schwindel, Taubheit, eine geringe und kurzdauernde Ohreiterung mit Facialislähmung auf. Das Geschoß ist objektiv nicht nachweisbar und in Anbetracht des Fehlens drohender, cerebraler Symptome hält es Verf. für angezeigt, von jeder eingreifenden chirurgischen Therapie abzustehen. Unter antiseptischer Behandlung der Otorrhoe und Darreichung von Chinin bleiben allein die Taubheit und Facialislähmung zurück. — Im Anschlusse hieran erörtert Verf. unter ausschließlicher Berücksichtigung französischer Literatur die Symptomatologie der Schußverletzungen des Gehörkanales. Er unterscheidet unmittelbare und spätere Symptome. Bei den ersteren verbreitet er sich ausführlicher über die Synkope, die nicht konstant vorkomme, wie gerade vorliegender Fall beweise, und überdies nicht immer der Schwere der Verletzung entspreche; denn ihr könne sowohl eine Ruptur des Trommelfelles, wie eine Verletzung des inneren Ohres oder des Schädelinhaltes zugrunde liegen.

Therapeutisch empfiehlt B., vorerst eine abwartende Haltung einzunehmen und nur, wenn schwere Komplikationen drohen, einzuschreiten. Hierfür scheinen ihm 2 Wege gangbar: vor oder hinter der Ohrmuschel eingehend, sei es möglich,

das Geschoß zu erreichen. Unseres Erachtens dürfte das letztere Verfahren, ähnlich dem bei der Radikaloperation geübten, eine ungleich größere Übersichtlichkeit verschaffen. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

36) P. van Eeckhaute. Un nouveau cas d'épilepsie nasale.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 49.)

Pat., welcher an »essentiellen« epileptischen Anfällen litt, wurde durch Abtragung einer Spina septi von denselben geheilt. Die Anfälle kehrten wieder, nachdem ein neuer knöcherner Auswuchs sich gebildet; die Entfernung desselben führte zu dauernder Heilung. Die Cocainisierung der betreffenden Nasenpartien hatte vor der Operation ein vorübergehendes Sistieren der Anfälle bewirkt und so auf den nasalen Ursprung der Epilepsie hingewiesen.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

37) T. H. Morse. Two cases of intra-cranial section of the second and third divisions of the trigeminal nerve for severe neuralgia.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 27.)

M. hat in 2 Fällen schwerer Trigeminusneuralgie intrakraniell und peripher vom Ganglion Gasseri die 3 Äste durchschnitten und nach Horsley antiseptisch präparierte Wachsstückchen zwischen die durchschnittenen Nervenenden und in das Foramen ovale und rotundum gepreßt, um eine Wiedervereinigung der durchschnittenen Nervenenden zu verhüten. Der Erfolg war in beiden Fällen ein sehr guter. **Herhold** (Altona).

38) W. Kassel. Zur operativen Behandlung der angeborenen Gaumenspalten mit besonderer Rücksicht auf die funktionellen Erfolge.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

40 Fälle von angeborener Gaumenspalte aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau, von denen 12 totale, 28 partielle waren. Unter letzteren waren 14 mit Spalten des weichen und des hinteren Teiles des harten Gaumens und 12 mit Spalten des weichen Gaumens. Die Operation wurde stets einzeitig ausgeführt und, soweit die Wahl des Zeitpunktes des Eingriffes möglich, im 3. bis 4. Lebensjahre. Bei der Beurteilung der Resultate wird unterschieden zwischen dem operativen und funktionellen Erfolge. Letzterer hängt, abgesehen von dem Intellekt der Pat., hauptsächlich von drei Punkten ab:

1) von der vorhandenen Beweglichkeit des Gaumensegels; dasselbe darf nicht zu kurz und straff sein;

2) dem Verhalten der hinteren Rachenwand — eine Atrophie derselben verschlechtert die Prognose wesentlich;

3) dem Verhalten der Zunge — hier beeinflußt die Hypertrophie die Prognose im ungünstigen Sinne.

Die Resultate der Operation sind, zahlenmäßig ausgedrückt, folgende: Vollkommen lückenlos heilten 25 = 62,5%, fast geheilt waren 11 = 27,5%, ungeheilt 4 = 10%. Kein Todesfall. Die Sprache war bei der Nachuntersuchung wie normal in 8 = 20%, fast wie normal in 8 = 20%, sehr verbessert in 10 = 25%, wenig verbessert in 9 = 25%, nicht verbessert in 4 = 10%. **Coste** (Straßburg i/E.).

39) B. Fuchs. Die Oberkiefer- und Gaumengeschwülste aus den Jahren 1891—1901.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Von den im ganzen in diesem Zeitraume in der Breslauer chirurgischen Universitätsklinik beobachteten 63 Fällen eigneten sich 48 zur Radikaloperation; der Rest war inoperabel, und es wurden nur palliative Operationen vorgenommen, die meist in Ausschabung der wuchernden Geschwulstmassen bestanden. Folgendes sind die Resultate der 48 Operationen (21 Totalresektionen, 16 partielle Resektionen, 11 Exstirpationen).

Unmittelbar im Anschlusse an die Operation starben 8 = 16,66%.

Festgestellte Residive 17 = 26,66%; dieselben schwanken zwischen 2 Wochen und 2½ Jahren.

Durch Anfrage festgestellte Todesfälle 13.

Nicht festzustellende Endresultate 4.

Dauerheilungen 9.

Doch ist hierbei zu bemerken, daß bei 2 Pat. bei der Nachuntersuchung Residive gefunden wurden, und daß bei 4 seit der Operation erst 6 Monate bis 2 Jahre verflossen waren. Legt man daher den von Martens in seiner Statistik angegebenen Maßstab zugrunde, nach dem als Dauerresultate nur Fälle, welche länger als 5 Jahre residivfrei waren, angesehen werden, so sind im ganzen unter 48 Fällen nur 3 Dauerresultate. Diese sind alle 3 Sarkome, während alle Karzinome Residive bekamen. **Coste** (Straßburg i/E.).

40) **A. Freiberg.** An additional case of typhoid spondylitis.

(American medicine 1902. Oktober 11.)

Der 15jährige Knabe erkrankte während der Rekonvaleszenzperiode eines typischen Unterleibstyphus an einer immer mehr zunehmenden Schmerzhaftigkeit und Steifigkeit der Wirbelsäule, besonders des Lendenteiles, mit in den unteren Teil des Bauches und die Oberschenkel ausstrahlenden Schmerzen. Etwa 8 Tage nach Beginn der Erscheinungen fand sich ein deutlicher Buckel der untersten Brust- und obersten Lendenwirbel mit starkem Druckschmerz und diffuser, über die Grenzen des Buckels hinausgehender Schwellung. Unter Behandlung mit Gipsbett in Hyperextension der Wirbelsäule, später mit Gipskorsett, schwanden innerhalb 6 Wochen die Schmerzen, doch blieb noch längere Zeit eine Steifigkeit der Wirbelsäule zurück, und noch nach 10 Monaten war der Buckel unverändert vorhanden.

Es handelte sich demnach um einen entzündlichen Prozeß mit umschriebener Knocheneinschmelzung. Der ganze Verlauf, der Ausgang in völlige Heilung ohne Eiterung, wie es ebenso in allen ähnlichen, bisher veröffentlichten Fällen beobachtet wurde, sprechen dafür, daß es sich nicht um eine tuberkulöse Erkrankung handelte, sondern um Veränderungen, wie sie auch an anderen Stellen am Periost und am Knochen im Verlaufe des Typhus beobachtet werden.

Mohr (Bielefeld).

41) **M. W. Jewreïnow** und **M. J. Botesat.** Zur Kasuistik der Anomalien der A. carotis communis.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Die Anomalie wurde an einer männlichen Leiche im Präpariersaal gefunden, und zwar an beiden Seiten, doch war rechts ein Teil der Gefäße schon entfernt worden und wird daher ausführlich nur die linke Seite beschrieben. Die A. carotis communis entspringt nicht selbständig aus der Aorta, sondern gemeinsam mit der A. anonyma, von der sie erst 1 cm vom Arcus aortae abzweigt; sie kreuzt die vordere Peripherie der Trachea und teilt sich schon in der Höhe des 7. Halswirbels, 5,5 cm unter dem oberen Rande des Schildknorpels und 2 cm unter dem Tuberculum Chassaignac's in die Carotis externa und interna. Der gemeinsame Stamm ist nur 7,1 cm lang (gegen 13 cm normal). Die Lingualis entspringt an normaler Stelle, die Thyreoidea superior 4,1 cm tiefer (normal nur 1 cm von der Lingualis), also 3,6 cm weiter unten als normal; sie muß hoch nach oben steigen, um in die Schilddrüse zu gelangen. — Die Bedeutung dieser Anomalie für den praktischen Chirurgen ist klar: sie erschwert die Unterbindung der Arterien und macht die Tracheotomie unten gefährlich. **Gückel** (Kondal, Saratow).

42) **Trzebicky.** Zur operativen Behandlung der Lymphome am Halse.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

Verf. stellt in seinem Aufsatze sämtliche radikale Lymphomoperationen zusammen, die von ihm und seinem Vorgänger von 1891—1898 ausgeführt worden

sind. Es handelt sich im ganzen um 822 Pat.; 2 davon starben infolge der Narkose, die übrigen wurden alle mit geheilter Wunde entlassen. Ausbruch von allgemeiner Tuberkulose im Anschlusse an den Eingriff wurde nie beobachtet. Nur über 175 Behandelte konnten mit Erfolg Erkundigungen eingezogen werden. Von diesen sind 57,7% dauernd geheilt geblieben, 8,5% haben ein lokales, meist geringfügiges Rezidiv, 22,8% sind der Tuberkulose erlegen, während 10,8% noch leben, aber an fortschreitenden tuberkulösen Prozessen leiden. Frühzeitige Vornahme des Eingriffes und materielle Verhältnisse der Pat. spielen für die Beurteilung der Dauerresultate eine große Rolle. Auf Grund seiner Erfahrung glaubt T. der operativen Therapie der Lymphome das Wort reden zu dürfen, namentlich dann, wenn eine zweckmäßige Allgemeinbehandlung, besonders auch jodhaltige Soolbäder, der Aufenthalt an der Meeresküste nicht geholfen haben. Alsdann sollen alle vergrößerten und dem Messer zugänglichen Drüsen exstirpiert werden. Für den Eingriff selbst ist eine ergiebige Zugänglichkeit zu dem Operationsfelde erforderlich. Zu warnen ist vor übermäßig langer Dauer der Operation. Die präventive Anlegung einer Schlinge um die Vena jugularis ist als gefährlich zu vermeiden. Verf. erlebte einmal in solchem Falle eine tödliche Nachblutung am 10. Tage aus der Stelle, an welcher der Faden gelegen hatte. Verletzungen der Nn. vagus oder accessorius waren stets zu vermeiden; leider verfielen dagegen die unteren Äste des Facialis öfters dem Messer, so daß ein schiefer Mund entstand. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

43) D. Galatti. Trachealkanülenbrüche.

(Wiener med. Wochenschrift 1901. Nr. 51.)

Die Kanülenbrüche komplizieren selten die Nachbehandlung nach der Tracheotomie. Der Autor hat im ganzen 24 kurz angeführte Beobachtungen aus der Literatur entnehmen können und fügt einen eigenen hinzu. Bei einem 2jährigen Kinde muß wegen der Schwierigkeiten beim Fortlassen der Kanüle eine Gersuny'sche Trichterkanüle eingeführt werden. Das Schild bricht ab, das Rohr kann aber mit dem Finger von der Wärterin festgehalten werden, bis eine neue Röhre eingelegt wird. **Herm. Frank** (Berlin).

44) R. Trzebicky. Zur Kasuistik der Trachealkanülenbrüche.

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 7.)

Zu den von D. Galatti zusammengestellten Fällen von Trachealkanülenbruch fügt der Autor noch drei hinzu, davon einen aus eigener Erinnerung. Bei einem 20jährigen Mädchen, welches wegen syphilitischer Striktur tracheotomiert war, war die äußere Kanüle am Schild abgebrochen und in die Luftröhre gefallen. Unmittelbar darauf leichte Extraktion mit der Kornzange. Die beiden anderen Fälle sind von Pieniążek beschrieben. In dem einen trat während der Extraktionsversuche Atmungsstockung ein, welche sich hob, als mit der Pinzette die Kanüle in den rechten Bronchus tiefer hineingeschoben wurde. Leichte Extraktion von der dann erweiterten Wunde. Im zweiten vergebliche Extraktionsversuche und Neueinlegen einer zweiten Kanüle. Nach Erwachen aus der Narkose »spuckte Pat. wieder Erwarten die kleine Kanüle aus«. **Herm. Frank** (Berlin).

45 J. B. Studzinski. Ein Fall von Pleuritis interlobaris mit Perforation des Eiters unter die Haut.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 49.)

Pat., 24 Jahre alt, erkrankte am 14. September nach Erkältung unter Symptomen einer linksseitigen Pleuritis. Nach 7 Tagen starker Schweiß Nachts, darauf Schwinden der Schmerzen. Am 27. September zeigte sich am Rücken im 3. Interkostalraum zwischen Wirbelsäule und Schulterblatt eine Geschwulst, die sich nach und nach tiefer senkte. Gleichzeitig wurde der Husten stärker und stieg die Menge des Auswurfes, der eitrig und stinkend und zu einem halben

Glase mit einem Male ausgehustet wurde. Nach 3—4 Tagen wurde er wieder geringer. Am 9. Oktober geringer trockener Husten; am Rücken unter der Haut ein Sack, oben bis zur 2., unten bis zur 8. Rippe, oben 5, unten 9 cm breit, oben Gas, unten flüssigen Eiter mit Staphylokokkus albus in Reinkultur enthaltend. Perkussion und Auskultation ergibt in den Lungen fast normale Verhältnisse, nur im 3. Interkostalraume findet man eine Kommunikation zwischen Bronchus und subkutanem Sack. — Nach und nach wurde der Eiter resorbiert, und am 28. Oktober verließ Pat. vollständig geheilt die Klinik. Interessant sind in diesem Falle: 1) Die frühzeitige Perforation des Eiters unter die Haut, schon am 13. Tage, vor oder wenigstens gleichzeitig mit der Perforation in die Bronchien. Wahrscheinlich waren Verwachsungen der Pleura vorhanden, oder sie hatten sich früh gebildet. 2) Die eigenartige Lokalisation der Perforation — am oberen Ende der interlobären Spalte. 3) Das Fehlen von Pneumothorax — wieder infolge der Verwachsungen zwischen den Pleuren.

Einen Monat nach der Entlassung ist der Zustand sehr gut.

Gückel (Kondal, Saratow).

46) **N. A. Stschegolew.** Über die Thorakoplastik nach Prof. M. S. Ssubbotin's Methode bei chronischem Empyem.

(Praktitscheski Wratsch 1902. Nr. 46 u. 47.)

Die Methode, von Prof. Ssubbotin 1888 vorgeschlagen, besteht in der Resektion kleiner keilförmiger Stücke aus mehreren Rippen vorn am Rande des M. pectoralis major und hinten in der hinteren Axillarlinie. Der auf diese Art mobil gemachte Brustwandlappen wird eingezogen und verkleinert die Empyemhöhle; eine nachfolgende Skoliose (wie nach Estlander's, Schede's u. a. Operation) wird nicht beobachtet. Dieselbe Methode ist 1891 von Quénu in der »Union médicale« vorgeschlagen worden. — S. beschreibt 2 Fälle. Im ersten wurde die Operation an einer 22 Jahre alten, vor 5 Monaten an Influenza, vor $3^1/_2$ Monaten an Pleuritis erkrankten Frau, 2 Monate nach der Pleurotomie gemacht. Die Höhle war 16 cm lang. Infolge eines chronischen Lungenprozesses (ohne Tuberkelbasillen) schloß sich die Fistel erst nach 2 Jahren definitiv. Im zweiten Falle — 28jähriger Mann, Empyem nach Brustwunde — Pleurotomie $2^1/_2$ Monate nach der Verwundung — machte S. die Operation Ssubbotin's $3^1/_2$ Monate nach Beginn der Krankheit. Höhle 13×5—6 cm groß. 3 Rippen wurden beweglich gemacht. Nach 6 Wochen schloß sich die Fistel. **Gückel** (Kondal, Saratow).

47) **W. M. Tschekan.** Zur Chirurgie der Lungengeschwülste. Lungensarkom, Metastase in der linken Leistengegend, Pneumektomie, Entfernung des Leistentumors.

(Chirurgie 1902. Oktober. [Russisch.])

Zu Tuffier's 20 Fällen von Pneumektomie (1898) fügt T. noch 8 aus der Literatur und einen eigenen hinzu. Er operierte eine 30jährige Frau, die 6 Monate krank war. Sarkom der rechten Brustwand, Metastase — hühnereigroß — in der rechten Leiste, rasch wachsend. Operation, Entfernung des $15 \times 20 \times 3$ cm großen Geschwulst über den Rippen zwischen vorderer und hinterer Axillarlinie; Resektion von je 15—20 cm aus der 4., 5., 6. und 7. Rippe. Eröffnung der verwachsenen Pleura, Entfernung der Geschwulst aus der Lunge mit dem Paquelin. Unten ist diese mit dem Zwerchfell verwachsen; daher ging T. hier nicht weiter. Es blieb eine faustgroße Höhle zurück. Tamponade. Entfernung der taubeneigroßen Geschwulst in der Leiste. — Zuerst guter Verlauf, dann zunehmende Schwäche und Tod nach 17 Tagen.

Zum Schluß eine Tabelle der operierten Lungengeschwülste, 7 von Tuffier 1897 in Chirurgie du poumon, 4 von Verf. gesammelt, endlich — als zwölfter — der hier referierte Fall. **Gückel** (Kondal, Saratow).

48) G. S. Kulesch. Über bösartige Neubildungen der Nebenniere und ihre Beziehung zur Addison'schen Krankheit.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 46—48.)

K. beschreibt 2 seltene Fälle, die beide klinisch unter den Symptomen eines Leberkarzinoms verliefen. Im 1. Falle, bei einer 68jährigen Frau, entwickelte sich zuerst in beiden Nebennieren ein Adenoma papillare (Struma maligna), das zahlreiche Metastasen in der Leber, dem Bauchfell, den Nieren, Lymphdrüsen, der rechten Lunge, dem Herzen etc. gab. In diesen Geschwülsten entwickelten sich später kleinkörniger Zerfall des Parenchyms und hyaline Degeneration des Stroma. Auf dem Boden solcher degenerierter Geschwülste entstand eine neue selbständige Neubildung aus der Muscularis der Gefäße, ein kavernöses Myosarkom. Derartige Fälle sind bisher noch nicht beschrieben. Die Adenomknoten enthalten zahlreiche wahre Cysten; infolge Proliferation des die Cysten auskleidenden Epithels erhalten diese Geschwülste Ähnlichkeit mit Papillarcysten anderer Drüsen. Die Cysten können sich also aus dem Gewebe der Struma selbst ausbilden. Außer diesen Elementen enthielten die Nebennierengeschwülste Pigment zwischen und in einzelnen Zellen; den Ursprung derselben läßt Verf. unentschieden.

Im 2. Falle, bei einem 25jährigen Mädchen, fand sich ein Sarcoma gigantocellulare cavernosum der rechten Nebenniere mit zahlreichen Lebermetastasen. Die linke Nebenniere wurde nicht gefunden. — In der Literatur fand K. nur 8 primäre Nebennierensarkome, darunter 1 Melanosarkom, 4 Spindelzellen- und 3 Rundzellensarkome. Riesenzellen waren in keinem Falle vorhanden. Die von K. untersuchte Geschwulst bestand aus Rundzellen mit zahlreichen Riesenzellen bei kavernösem Bau der Gefäße. — Im 1. Falle wurden die großen sympathischen Ganglien im Bauch untersucht und Pigmentatrophie der Nervenzellen, Chromatolyse, Achromatolyse und vollständiger Zerfall der Zellenelemente gefunden; normale Nervenelemente fehlten vollständig. In beiden Fällen fehlte Bronzefärbung. Verf. spricht sich gegen die Neusser'sche Nerventheorie der Symptome des Morbus Addisonii aus und glaubt das Fehlen der Bronzefärbung bei bösartigen Geschwülsten der Nebennieren so erklären zu können, daß diese Geschwülste gewöhnlich zahlreiche Metastasen in den wichtigsten Organen geben und so zu schwerer Schädigung der meisten Funktionen des Organismus führen; im Vordergrunde stehen die Symptome der Neubildung selbst; die anderen Symptome des Morbus Addisonii werden in den Schatten gestellt oder gar vollständig unterdrückt.

Gückel (Kondal, Saratow).

49) A. Czyzewicz jun. Ein Fall von retrosakralem Dermoid.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Bei einem 23jährigen Manne fanden sich genau in der Mittellinie der Hinterbacken 7 stecknadelkopfgroße Öffnungen, durch welche die Sonde 1 cm tief in einen gemeinsamen Hohlraum eindrang. Bei der Operation wurde eine taubeneigroße mit dicker, eiterartiger Flüssigkeit und einem Knäuel schwarzer Haare angefüllte Höhle freigelegt. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose eines retrosakralen Dermoides. Verf. bespricht im Anschluß an die Kasuistik die verschiedenen Theorien über die Genese dieses Leidens.

Blauel (Tübingen).

Zweiunddreifsigster Kongrefs der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Der 32. Kongreß für Chirurgie findet, mit Rücksicht auf den im April tagenden XIV. internationalen medizinischen Kongreß zu Madrid, vom ***3. bis 6. Juni 1903 in Berlin*** *im Langenbeck-Hause statt.*

Von einer Begrüßung der Mitglieder am voraufgehenden Abende ist abgesehen worden. Anmeldungen zur Aufnahme neuer Mitglieder können am Tage vor dem

Beginne des Kongresses an den Verwalter des Langenbeck-Hauses, Herrn Melzer (Berlin N., Ziegelstraße 10—11) gerichtet werden; auch ist der erste Schriftführer, Herr Prof. Dr. W. Körte (Berlin W., Potsdamerstraße 39) solche anzunehmen bereit. Jede schriftliche Anmeldung muß mit der eigenhändigen Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft versehen sein und die genaue Adresse (Namen, Titel, Wohnort) des Vorgeschlagenen enthalten. Formulare für diesen Zweck können von Herrn Melzer bezogen werden.

Die Eröffnung des Kongresses findet Mitwoch, den 3. Juni, Vormittags 10 Uhr, im Langenbeck-Hause statt. An den folgenden Tage werden ebenda Morgensitzungen von 9—12 1/2 und Nachmittagssitzungen von 2—4 Uhr abgehalten werden.

Die Vormittagssitzung am Mittwoch, dem 3. Juni, und die Nachmittagssitzung am Freitag, dem 5. Juni, stellen zugleich Generalversammlungen dar.

In der Generalversammlung am Freitag wird der Vorsitzende für das Jahr 1904 gewählt, ebenso eine Anzahl von Ehrenmitgliedern, für welche Vorschläge Seitens des Ausschusses eingereicht werden sollen.

Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen erbitte ich bis zum 1. Mai an meine Adresse (Marburg i. Hessen, Bahnhofstraße 19). Später einlaufende Meldungen können nicht mit Sicherheit auf Berücksichtigung rechnen. Jeder Meldung ist eine genaue Angabe beizufügen, ob es sich um einen theoretischen Vortrag, um einen solchen mit Demonstration, oder um eine einfache Demonstration handelt. Dabei möge ausdrücklich hervorgehoben werden, daß Vorträge, deren wesentlicher Inhalt bereits anderweitig mündlich oder gedruckt veröffentlicht wurde, höchstens in Form eines knappen Auszuges oder einer kurzen Demonstration zugelassen werden können.

Die Zeit für einen Vortrag ist durch die Geschäftsordnung auf 20 Minuten, diejenige für Bemerkungen in der Diskussion auf 5 Minuten festgesetzt worden.

Von auswärts kommende Kranke können im Königl. Klinikum (Berlin N., Ziegelstraße 5—7) Aufnahme finden. Präparate, Bandagen, Instrumente etc. sind mit Angabe ihrer Bestimmung an Herrn Melzer zu senden.

Derselbe ist auch ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeck-Hauses, Zuwendungen für die Büchersammlung, sowie die Jahresbeiträge der Mitglieder entgegenzunehmen. Zur Vermeidung von Irrungen wird um Aufbewahrung der ausgestellten Quittungen gebeten.

Eine Ausstellung von neuen Instrumenten, Apparaten und Gegenständen der Krankenpflege ist, wie alljährlich, in Aussicht genommen.

Ein Demonstrationsabend wird nur unter der Voraussetzung veranstaltet werden, daß eine genügende Anzahl von Vortragenden sich meldet, welche ihre Vorträge an Projektionsbildern erläutern wollen. Bei Einsendung von Anmeldungen an den Vorsitzenden muß dieser Wunsch ausdrücklich hervorgehoben werden. Zugleich aber ist den Herren Dr. Immelmann (Berlin W., Lützowstraße 72) und Dr. Joachimsthal (Berlin W., Magdeburgerstraße 36) hiervon Mitteilung zu machen, welche sich erboten haben, die nötigen Vorbereitungen zu treffen.

Vorstehendem Einladungsschreiben sind die in der Ausschußsitzung vom 8. Januar d. J. neu durchgesehenen Bestimmungen über den Druck der Verhandlungen des Kongresses beigefügt.

Marburg. **Dr. Ernst Küster.**
Vorsitzender für das Jahr 1903.

Bestimmungen über die Herausgabe der Verhandlungen.

Der Ausschuß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie hat am 8. Januar 1903 über die Herausgabe der Verhandlungen der Gesellschaft folgendes beschlossen.

Die gedruckten Verhandlungen sollen eine getreue Wiedergabe des auf dem Kongreß Vorgetragenen bringen, und die Gesellschaft hat ein Recht darauf, zu verlangen, daß alles auf dem Kongreß Gesprochene in den Verhandlungen erscheint.

Die Herren Vortragenden können entweder die Rede stenographieren lassen — oder ihren Vortrag selbst zu Protokoll geben. Der anwesende Stenograph erkundigt sich bei jedem Redner danach, ob mitstenographiert werden soll oder nicht.

Wer es vorzieht, seinen Vortrag selbst zu Protokoll zu geben, ist verpflichtet, das Manuskript entweder sogleich oder bis spätestens 4 Wochen nach dem Kongreß an den ersten Schriftführer (d. z. Dr. W. Körte, Berlin W. 35, Potsdamerstraße 39) einzusenden.

Die Vorträge werden in der Regel in den »Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie« veröffentlicht, und zwar die »größeren Vorträge und Abhandlungen« in Teil II der Verhandlungen und gleichzeitig in Langenbeck's Archiv für klin. Chirurgie, dessen Herausgeber (A. Hirschwald) die Verhandlungen der Gesellschaft umsonst druckt. Die Bestimmung darüber, welche Vorträge in Teil I der Verhandlungen, und welche in Teil II (letztere gleichzeitig in Langenbeck's Archiv) erscheinen, steht dem ersten Schriftführer zu, welcher die Herausgabe der Verhandlungen besorgt.

Von den kleineren Mitteilungen, Demonstrationen und Reden in der Diskussion (Teil I der Verhandlungen) kann die Verlagshandlung Separatabdrücke nicht geben.

Diejenigen Redner, welche ausnahmsweise ihre Vorträge anderweitig zu publizieren wünschen, sind verpflichtet, dem Schriftführer binnen 4 Wochen einen das Wesentliche des Kongreßvortrages enthaltenden Auszug zu übersenden für Teil I der Verhandlungen. Der Ort der ausführlichen Publikation ist darin genau anzugeben.

Die Reden in der Diskussion werden ausnahmslos stenographiert. Das Stenogramm wird den Rednern nach dem Kongreß zugesandt mit dem Ersuchen um event. Korrektur und umgehende Rücksendung an den Schriftführer.

Die gedruckten Verhandlungen werden allen Mitgliedern zugesandt. Zu diesem Zwecke ist es notwendig, bei der Aufnahme neuer Mitglieder die genaue Adresse anzugeben und späterhin jede Veränderung der Stellung und des Wohnortes (Straße) der Mitglieder dem ersten Schriftführer anzuzeigen.

Einladung

zum

2. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.

Der 2. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie wird ebenso wie der Chirurgenkongreß in der Pfingstwoche, am Dienstag den 2. Juni im Hörsaal der Kgl. chirurgischen Klinik (Ziegelstraße 7—9) abgehalten werden. Die Eröffnung des Kongresses wird Vormittags 9 Uhr stattfinden.

Als Themata, die zur Besprechung kommen sollen, habe ich die Sehnenplastik (Referent Herr Vulpius-Heidelberg) und die Coxa vara (Referent Herr Joachimsthal-Berlin) ausersehen. Willkommen werden für die Diskussion namentlich Beiträge sein, welche sich auf die Technik der Sehnenplastik und die Ätiologie der Coxa vara beziehen.

Vorträge und Mitteilungen bitte ich möglichst bald bei Herrn Prof. Dr. Joachimsthal, Berlin W., Magdeburgerstraße 36 anzumelden. Vorzustellende von auswärts kommende Kranke finden Aufnahme in der Kgl. chirugischen Klinik Sr. Excellenz des Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. v. Bergmann (Ziegelstraße 5—7.)

Anmeldungen neuer Mitglieder bitte ich mit der persönlichen Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft an Herrn Prof. Dr. Joachimsthal, Berlin W., Magdeburgerstraße 36 zu richten.

Berlin.

Albert Hoffa,
Vorsitzender für 1903.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 10. **Sonnabend, den 7. März.** **1903.**

(Aus der Poliklinik für orthopädische Chirurgie in Odessa.)

Einiges über die subkutanen Prothesen nach Gersuny.

Von

Dr. S. Kofmann.

Mit großem Enthusiasmus nahm ich die Mitteilung von Dr. Gersuny über seine Paraffinprothesen auf. Ich glaube, daß ich wenigstens in Rußland der erste war, der diese Methode sofort in Anwendung brachte. Es wollte mir glücken, daß ich eine ganze Reihe von geeigneten Fällen zur Operation bekam. Die erste Operation von Sattelnasereparation war von solchem Erfolge gekrönt, daß die

Kollegen liebenswürdigerweise mir sofort mehrere Fälle zur Verfügung stellten. Ich muß sagen, daß je weiter, desto mehr breitete sich auch das Feld der Anwendung dieser Methode aus: Sattelnasen, Gesichtsnarben, Gaumendefekte, Trepanationsdefekte des Warzenfortsatzes und sogar einmal ein Mammadefekt nach Exstirpation eines Brustkrebses waren mit Erfolg operiert. Ich wollte dann der Operation, gemäß Empfehlung von Dr. Gersuny, auch unter den Gynäkologen Propaganda machen, und da hat die Methode fehlgeschlagen.

Es handelte sich um eine Frau der mittleren Jahre, die an einer Endometritis granulosa und leichtem Prolaps litt. An derselben wurde die Abrasio mucosae ausgeführt, und nach 2 Wochen sollte ihr der Scheidenvorfall nach Gersuny weggenommen werden.

Ich arbeitete mit einer 10 g fassenden Spritze. Nachdem ich zwei volle Spritzen in dieselbe Einstichöffnung injiziert hatte und noch im Begriff war, die dritte zu entleeren, fing die Pat. plötzlich zu hüsteln mit dem berüchtigen Husten an. Für mich war es klar, es waren die Zeichen der angehenden Lungenembolie. Nach 24 Stunden ging die Pat. an Lungenembolie zu Grunde.

In der Gynäkologie ist die Gersuny'sche Methode nicht anzuwenden!! »Die Gynäkologen haben überhaupt mit dieser kein Glück gehabt«. Nicht anzuwenden ist sie überall, wo viele Gefäßverzweigungen da sind und überhaupt mit großer Vorsicht und entsprechenden Maßnahmen.

Meine Erfahrungen nach diesem traurigen Fall sind zu Gunsten des Eckstein'schen Vorschlages. Ich verwende jetzt das Paraffin von höherem Schmelzpunkt (57—60°) und montiere auch meine Spritze nach seinem Rate mit einem schlechten Wärmeleiter mit einem Gummimantel. Solche Spritzen verhindern das schnelle Abkühlen des Paraffins mit Sicherheit; die Nadeln müssen recht kurz sein und immer warm gehalten werden. Da dieselben schnell verstopft werden, so muß man immer mehrere vorrätig haben. Als ein unbedingtes Postulat möchte ich empfehlen, zuerst einstechen und mit der Spritze aspirieren (auch Gersuny, d. Bl. 1903 Nr. 1) und, falls kein Blut in der Spritze erscheint, zu injizieren.

Januar 1903.

---

1) **P. Croner.** Beitrag zur Pathogenese des Karzinoms.

(Veröffentlichungen des Komités für Krebsforschung. II. Ergänzungsband zum klinischen Jahrbuch.)

Jena, Gustav Fischer, 1902.

Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, aus den Akten von Versicherungsgesellschaften festzustellen, ob das Karzinom eine erbliche Krankheit sei und ob es daher berechtigt erscheint, denjenigen Menschen eine hohe Versicherungsprämie aufzuerlegen, in deren Familie Todesfälle an Karzinom vorgekommen sind. Zum Vergleich zieht er die Tuberkulose heran und stellt fest, daß die

Sterblichkeit an Karzinom mit der Zeit gestiegen, die an Tuberkulose gesunken ist; es scheint ferner, daß alternierend die Sterblichkeit an Karzinom zunimmt, wenn sie für Tuberkulose geringer wird, und gelegentlich auch umgekehrt. Verf. verneint nun die Frage einer Krebsdiathese. Nur in 9,3% der Fälle trat das Karzinom in einer belasteten Familie auf, in 90,7% war die Familie frei von erblicher Belastung. Die Möglichkeit der Kontagiosität erkennt er an, da in 64,3% der Fälle das später an Krebs verstorbene Kind noch im Elternhause lebte, als ein Mitglied seiner Familie an Karzinom starb.

Schmieden (Bonn).

2) E. v. Leyden. Über die Parasiten des Krebses.

(Veröffentlichungen des Komités für Krebsforschung. II. Ergänzungsband des klinischen Jahrbuchs.)

Jena, Gustav Fischer, 1902.

v. L. weist auf seine früheren Veröffentlichungen hin und stellt sich nochmals entschieden auf den Standpunkt, daß der Krebs eine parasitäre Krankheit sei. Als seinen Erreger erblickt er ein rundes Gebilde, das er häufig innerhalb von Karzinomzellen gefunden hat und das er in seinem Aussehen mit einem Vogelauge vergleicht. Seine Amöbe unterscheidet sich deutlich vom Zellkern. Die parasitäre oder »biologische« Theorie bezeichnet er als die einzig mögliche; sie stützt sich auf die Unzulänglichkeit aller bisher aufgestellten Theorien; den Einwurf der fehlenden Züchtung seiner Mikroorganismen stellt er als unbegründet hin; diese könne vorläufig noch gar nicht erwartet werden. L. ist es gelungen, bei Hunden Karzinome von einem Tier auf das andere zu überimpfen; dies sei aber keine Transplantation; denn eine Geschwulst könne nur da entstehen, wo mit der Zelle gleichzeitig der Parasit übertragen würde. Einen zwingenden Beweis könne er freilich noch nicht bringen.

Dem Vortrage ist eine Tafel mit Abbildungen beigegeben, welche Krebszellen mit ihren Einschlüssen darstellen.

Schmieden (Bonn).

3) W. Wolff. Hämatangiome und Karzinom.

(Veröffentlichungen des Komités für Krebsforschung. II. Ergänzungsband des klinischen Jahrbuchs.)

Jena, Gustav Fischer, 1902.

W. hat bei 312 Pat. der Charité, darunter 12 Krebskranken, die Anzahl und das Vorkommen der Hämatangiome festgestellt und kommt ebenso wie Gebele zu der Ansicht, die Leser'sche Anschauung, daß sie für Karzinom pathognomonisch seien, sei unbegründet.

Schmieden (Bonn).

4) **F. Blumenthal.** Die Beurteilung der Diagnose, des Sitzes und der Prognose des Krebses durch die Untersuchung des Harns.

(Veröffentlichungen des Komités für Krebsforschung. II. Ergänzungsband zum klinischen Jahrbuch.)

Jena, **Gustav Fischer,** 1902.

Verf. stellt eine große Anzahl chemischer Einzelbeobachtungen aus der Literatur zusammen, auf die im einzelnen in einem kurzen Referat nicht eingegangen werden kann. Zum Schluß stellt er fest, daß enorme Indikanurie für Magenkarzinom, Albumosurie und Diazoreaktion für Ulceration der Karzinome sprechen; Milchsäureausscheidung für Leberkarzinom; Zucker für Pankreaskarzinom oder Karzinom in den nervösen Zentren; starke Vermehrung der Harnsäure im Verhältnis zur Gesamtstickstoffausscheidung für ein Karzinom in den nucleinreichen Organen, Leber, Pankreas etc.

Schmieden (Bonn).

---

5) **Wilms** und **Sick.** Die Entwicklung der Knochen der Extremitäten von der Geburt bis zum vollendeten Wachstum.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Ergänzgsbd. IX.)

Hamburg, **Graefe & Sillem,** 1902.

Da einerseits die bisherigen Angaben über das Auftreten der Knochenkerne in den Hand- und Fußwurzelknochen wie in den Epiphysen der langen Knochen wenig genau erschienen, andererseits es leicht möglich ist und schon häufig genug der Fall gewesen, daß Unkenntnis der Röntgenbilder aus der Wachstumsperiode des Menschen falsche Deutung von Skiagrammen veranlaßt hat, die als Bilder von Knochenbrüchen angesehen wurden, während es sich doch nur um normale Schattenbilder handelte, haben die beiden Autoren es unternommen, eine große Anzahl Röntgenaufnahmen aus den ersten zwei Dezennien zusammenzustellen und sie mit kurzen Kommentaren zu begleiten, die auf das Charakteristische der Bilder aufmerksam machen, und auch auf die Ergebnisse anderweitiger Forschungen auf dem behandelten Gebiete hinzuweisen. W. behandelt die obere Extremität, S. die untere.

Es hat sich nun ergeben, daß in der Zeit des ersten Auftretens der Knochenkerne nicht unbeträchtliche Schwankungen bestehen, doch pflegen im Durchschnitt in den Handwurzelknochen (Os capitatum) die ersten Kerne am Ende des 4. oder im 5. Monats aufzutreten — bei Rachitikern später —, während die untere Radiusepiphyse erst bei Kindern von $1^1/_4$—$1^1/_2$ Jahren einen Schatten gibt, die Epiphysen der Finger im Anfang des dritten Jahres zu verknöchern beginnen. Der Metakarpus des Daumens verhält sich dabei wie eine Phalange, nicht wie die übrigen Metakarpalknochen. Erst im 7. Lebensjahre sind alle Handwurzelknochen — mit Ausnahme des spät verknöchernden Erbsenbeins — in Ossifizierung begriffen. Im

17. oder Anfang des 18. Jahres verschwinden in der Regel die Epiphysenlinien der Finger und Metakarpalknochen, am Ende des 18. Jahres die am unteren Ende von Radius und Ulna. — Erkrankung der Knochen und Gelenke kann die Verknöcherung höchst wahrscheinlich beschleunigen.

Besonders zahlreiche, auch durch Schemata erläuterte Skiagramme gibt W. vom Ellbogengelenk, weil bei der Kompliziertheit seiner Ossifikationsvorgänge die Deutung von Knochenbrüchen bezw. Absprengungen kleiner Knochenstücke im jugendlichen Alter ihre großen Schwierigkeiten hat. Der erste Knochenkern — am unteren Humerusende, Eminentia capitata — pflegt im Alter von $2^1/_2$ Jahren aufzutreten, der des Capitulum radii im 6.—7., der des Epicondylus int. im 8.—9. Jahre, etwas später der im Olecranon. In der Zeit vom 11.—13. Jahre treten hinzu die Knochenbildungen in der Trochlea und dem Epicondylus externus, und zwar diese meist in so unregelmäßig bizarren Formen, daß Absprengungen, ja ausgedehnte Frakturen vorgetäuscht werden können. Allmählich kommt es dann zur Verknöcherung aller Epiphysen, die im 19.—20. Jahre in der Regel vollendet ist.

Im Oberarmkopf erscheint gegen Ende des 1. Jahres ein erster, gegen die Mitte des 2. Jahres ein zweiter Knochenkern, dieser zum Tuberc. maj. gehörig. Beide vereinigen sich im 4.—6. Jahre miteinander, die Epiphysenlinie gegen die Diaphyse pflegt zwischen dem 18.—20. Jahre zu verknöchern. In der Zeit vom 16.—18. Jahre treten zugleich 3—5 Knochenpunkte im Akromion auf, die leicht mit Absprengungen verwechselt werden können. Auch sie pflegen im 20. Jahre untereinander und mit der Akromiondiaphyse fest vereinigt zu sein.

An den Unterextremitäten können bei der Geburt sogar noch einige Diaphysenkerne in Phalangen der 5. Zehe fehlen; die Epiphysenkerne der Phalangen treten zwischen dem 3. und 5. Jahre auf. Auch am Fuß verhält sich der Metatarsus der großen Zehe wie eine Phalange. Der Neugeborene besitzt schon die Knochenkerne von Talus und Calcaneus; zu letzterem gesellt sich im 8. Lebensjahre noch ein accessorischer Kern an der hinteren Seite. In den ersten Monaten nach der Geburt bildet sich der Kern im Os cuboides, die Keilbeine verknöchern nach dem 1. Lebensjahre, das Kahnbein erst im 3. — Der Kern der oberen Tibiaepiphyse ist bisweilen schon bei der Geburt zu sehen, im 13. Jahre tritt von dieser oberen Epiphyse aus ein schnabelförmiger verknöchernder Fortsatz nach abwärts, um die Tuberositas zu bilden. Gegen das 20. Jahr pflegt die obere Epiphyse mit der Diaphyse knöchern verwachsen zu sein. Die untere zeigt ihre erste Verknöcherung im 2. Jahre. In der Fibula geschieht dies unten im 2., oben wie in der Kniescheibe im 5. Jahre. Bekanntlich findet man in der unteren Femurepiphyse den Knochenkern fast immer beim Neugeborenen; im 20. Lebensjahre pflegt sie mit dem Schaft zu verschmelzen. Im Oberschenkelkopf pflegt der Kern im

10. Lebensmonate sichtbar zu werden, im 18. Jahre der Kopf mit dem Halse zu verschmelzen, wie auch der Trochanter major, dessen Knochenkern sich zwischen dem 4.—8. Jahre zeigt, erst etwa im 11. der des Trochanter minor. — Endlich folgen nach Angaben über die Sesambeine und besondere Variationen am Fußskelett: Os trigonum, tibiale ext., peroneum, metatarseum u. a., letztere wesentlich nach den Studien von Pfitzner.

Die Beschaffenheit der Abbildungen ist tadellos.

Richter (Breslau).

---

6) **R. Jicinsky.** Experimental investigations with Röntgen rays upon living tissue.

(New York. med. journ. 1902. November 15.)

Verf. geht von der Ansicht aus, daß die Röntgenstrahlen einen spezifischen Entzündungsprozeß oder eine elektrochemische Entzündung hervorbringen, wodurch die heilende Wirkung ihre Erklärung finden könnte; er experimentierte zu diesem Zwecke mit je 10 Meerschweinchen und 10 Ratten, die er täglich den Strahlen aussetzte, und zwar anfänglich 10 Sekunden, später 10 Minuten lang, wobei er die Röhre in immer kürzer werdenden Abständen an das Tier heranbrachte. Die Meerschweinchen begannen ihr Haar nach der 20. Exposition zu verlieren, und bei 2 Tieren trat Necrobiosis auf, jedoch war die Wirkung individuell ganz verschieden; 3mal kam es zu einfachem Erythem mit nachfolgender Dermatitis. Die Ratten waren unter der Bestrahlung in längerer Beobachtung und waren nach 28 Expositionen noch in guter Verfassung. Eine Ratte verlor ihr Haar nach der 32. Exposition; nach 34 Expositionen hatte Verf. 2 Fälle von schwerer Necrobiosis, wobei er eine sehr weiche Röhre unter starkem Strom angewendet hatte.

Bei dem Studium der direkten anatomischen Veränderungen konnte Verf. feststellen, daß mit der Länge der Belichtung und steigender Stromstärke der Widerstand der Tiere entsprechend sank. Die Sektion der verendeten 2 Meerschweinchen ergab Degeneration der grauen Substanz in den hinteren Abschnitten des Rückenmarkes und den Hinterhörnern der grauen Substanz; der Spinalkanal schien infolge von Hämorrhagien erweitert; beide Tiere hatten starke Verbrennungen entlang der Wirbelsäule. Die mikroskopische Untersuchung zeigte einen Entzündungsprozeß mit Bildung von fibrösem Gewebe. Die Wände der Blutgefäße, speziell die Intima, waren geschwollen und die Lichtung verengt, die Nerven waren zerstört. In Bezug auf die Reihenfolge der Schädigungen nimmt Verf. an, daß zunächst die vasomotorischen Fasern betroffen werden unter entsprechender Reaktion in den Gewebszellen; es bestände also eine nervöse Affektion oder eine atrophische Neurose mit Mortifikation.

Die Röntgenstrahlen üben nicht nur auf die Haut einen reizenden Einfluß aus, sondern durchdringen auch die darunter liegenden Gewebe mit einer Art elektrochemischer Wirkung, wodurch eine Ge-

websregeneration, eine Proliferation oder andere Gewebsveränderungen hervorgebracht werden. Bestimmend für die spezielle Wirkung sind drei Faktoren:

1) der Zustand der Zellen, ihre Widerstandskraft,
2) die Stärke der Strahlen,
3) der Charakter der Strahlen.

Ist der Reiz nur gering, so kehren die Zellen zu ihrer normalen Verfassung zurück, ist er langdauernd oder sehr stark, so kommt es zu Regeneration, Absorption oder totaler Zerstörung der Zelle. Die Destruktion beginnt mit einer Zersetzung des Hämoglobins der ausgetretenen roten Blutkörperchen oder einfacher Hautpigmentierung und endet mit dem Tode einer abgegrenzten Gewebspartie. Der Tod ist verursacht durch eine andauernde Stase in den Blutgefäßen. Da der Widerstand der Gewebe im einzelnen Individuum ein verschiedener und auch zu Zeiten wechselnd ist, so erklären sich die Verschiedenheiten des Reagierens der einzelnen Individuen.

Für die Praxis ist wichtig, daß blauäugige, blonde Individuen empfindlicher sind als dunkle, ebenso solche mit Spinalläsionen, anämische und hysterische; oft rufen zu häufige Applikationen Schwächezustände hervor, alle akuten Hauteruptionen werden verschlechtert. Einen absorptiven Einfluß sahen wir bei Gelenkstuberkulosen, bei Blutextravasaten.

Am Schlusse seiner Arbeit gibt Verf. noch eine Reihe von Anweisungen zum Gebrauche bei Röntgenbestrahlungen.

Scheuer (Berlin).

---

7) R. Olshausen. Wider die Drainage.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLVIII. Hft. 2.)

O. legt in vorliegender Arbeit die Gründe dar, welche ihn bestimmten, bei Abdominaloperationen die Drainage prinzipiell fallen zu lassen und regt durch Mitteilung seiner Statistik namentlich anders denkende Operateure zu vergleichenden Untersuchungen an. Im allgemeinen ist die früher so beliebte Drainage in den letzten Jahren von Gynäkologen und Chirurgen (Chrobak, Zweifel, Kocher, v. Mikulicz) eingeschränkt worden. O. selbst hat in 20 Jahren nur 5mal die Tamponade zur Blutstillung bezw. Drainage angewendet. Man verlangt im allgemeinen von der Tamponade (Drainage) die Ausschaltung eines infektiösen Herdes zur Verhütung allgemeiner Peritonitis und wendet sie gewöhnlich an:

1) wenn bei der Operation Eiter in die Bauchhöhle gelangt,
2) wenn Reste von Geschwülsten oder Abszeßmembranen ungelöst zurückbleiben,
3) bei penetrierenden Verletzungen des Darmes und der Blase,
4) wenn Stoffe (Geschwulstinhalt, Gewebssaft) in den Bauch gelangten, welche eventuell für Bakterien als guter Nährboden dienen können.

Von seinen 1555 Laparotomien der letzten 6 Jahre zählte O. nur 114 schwere Fälle = $7^1/_2$%, welche diesen Bedingungen entsprechen, von ihm aber ohne Drainage erledigt worden sind. Die Sterblichkeit, die durch Zufälle (Embolie, Magenperforation) ververschlechtert wird, ist nicht erheblicher, als die z. B. von Schauta bei Anwendung der Drainage erzielte. Im wesentlichen waren nur die Operationen bei frischer Peritonitis mit multiplen eitrigen Exsudaten, so wie die bei Darmverletzungen gefährlich. Im übrigen war der Verlauf nach eitrigen Operationen (meist Pyosalpinxfälle) oft fieberfrei und reaktionslos. Die Gonokokken im Tubeneiter erwiesen sich als relativ harmlos und verlieren nach 9—12monatlichem Abwarten ihre Virulenz. Bösartiger sind die vom Darm durchgewanderten Mikroben in Ovarialabszessen und vereiterten Geschwülsten, am bösartigsten jedoch ist der Streptokokkeneiter bei Peritonitis und frischen Verletzungen.

O. glaubt, alle 4 genannten Indikationen der Drainage verwerfen zu müssen; denn sie drückt die primäre Sterblichkeit nicht herab, weil sie eben weder ausschalten noch ableiten kann. Die Infektion ist gewöhnlich bereits eine allgemeine, bevor die Drainage in Wirkung tritt. Dagegen kann jeder Drain im Bauch die Veranlassung einer Sekundärinfektion werden. O. sieht das Heil der Zukunft, abgesehen von strengster Asepsis und Indikationsstellung, in dem bewußt trockenen Operationsverfahren bei Beckenhochlagerung. Bauchfell und Nachbarorgane werden durch sorgfältige Umstopfung geschützt. Der Eiterherd wird vorsichtig und unzerplatzt gelöst und entfernt. Ist eine Eröffnung des Herdes notwendig oder trotz Vorsicht eingetreten, so muß der Eiter mit Gazetupfern aufgesogen und vollständig entfernt werden. Die Serosa und namentlich der Douglas muß sorgfältig gereinigt und trockengelegt werden. Perforierende Blasen- und Darmverletzungen werden sorgfältig (doppelte Nahtreihen) vernäht und womöglich mit Nachbarserosa überdeckt. Die frisch genähte Blase wird für eine Woche durch den Dauerkatheter entlastet. Ausspülungen der Bauchhöhle sind gefährlich und zwecklos. O. schließt also nach allen Operationen primär den Bauch mit folgenden Ausnahmen: »Er tamponiert unstillbare, flächenhafte Blutungen, wie z. B. aus zurückbleibenden Placentarteilen bei vorgeschrittener Extra-uterin-Schwangerschaft, und er drainiert perityphlitische Abszesse, weil diese vermutlich neues, hochvirulentes Sekret absondern werden. Für zweifelhafte Fälle von tiefen Beckeneiterungen bei Frauen erscheint ihm die Drainage vom Douglas aus nach der Scheide rationeller als nach oben zu. Einzelne nach Drainage gut verlaufene Fälle (Sippel) beweisen noch nicht, daß dieselben Fälle nicht auch ohne Drainage gerettet worden wären. Sie sind jedenfalls nichtssagend gegenüber einem Resultate, wie es Zweifel erzielte, welcher 140 Pyosalpinxfälle ohne Drainage erledigte mit nur einem Todesfalle.

Kroemer (Gießen).

---

8) L. Hofbauer. Zur Frage der Resorptionsmechanismen. I. Können nur wasserlösliche Körper im Darm resorbiert werden?

(Zeitschrift für klin. Medizin Bd. XLVII. Hft. 5 u. 6.)

Diese Frage wird von H. verneint an der Hand früher von ihm ausgeführter Versuche, in welchen er Hunde mit durch Alcana-Fettfarbstoff gefärbter Butter fütterte und auf der Höhe der Verdauung tötete. Dieser Alcana-Farbstoff ist im Wasser unlöslich und schlägt seine rote Farbe ins Blaue um, sobald durch Verseifung, d. i. durch Fettauflösung, eine alkalische Reaktion statt der früheren sauren oder neutralen eintritt. Es wurde nun bei diesen Fütterungsversuchen in den Chylusgefäßen rot gefärbtes Fett, im Darminhalt aber niemals blauer Farbstoff angetroffen. Daher muß nach H. dieses Fett, entgegen den Ansichten Pflüger's, unverseift, d. i. ungelöst resorbiert werden können. Wenn Fett aber in ungelöstem Zustande die Darmwand passieren kann, so werden auch Mikroorganismen dazu imstande sein und aus dem Darminhalt in die Blutbahn einbrechen können. Herhold (Altona).

---

9) Monks and Blake. The normal appendix, its length, its mesentery, its position or direction; observed 656 autopsies.

(Boston med. and surg. journ. 1902. November 27.)

1) Länge. Die Durchschnittslänge beträgt 7,9 cm; die äußersten Maße waren 1 : 24 cm. Ein bestimmbarer Unterschied der Länge bei den beiden Geschlechtern fehlt. Kinder haben einen verhältnismäßig längeren Wurmfortsatz als Erwachsene. Ebensowenig wie das Geschlecht ist die Körperlänge auf die Länge der Appendix von Einfluß.

2) Mesenterium. Gut die Hälfte aller Wurmfortsätze hatte ein eigenes Gekröse, das bis zur Spitze oder nahezu bis zu ihr reichte. Bei der anderen Hälfte reichte es ungefähr bis zur Mitte, bei 6,5% fehlte es gänzlich.

3) Lage in den übrigen Eingeweiden. Die häufigste Lage ist nach innen und unten; der Wurmfortsatz hängt oft über den Rand des kleinen Beckens in dieses hinein (116mal). Es folgt die Lage hinter dem Blinddarm (104mal), nach unten (79mal), nach innen (62mal), nach oben (52mal), oben und innen (39mal), oben und außen (29mal), außen (9mal), unten und außen (5mal), im Becken (14mal).

Von außergewöhnlichen Lagerungen wurden beobachtet: hinter dem Blindarm nach oben verlaufend vor der Niere bis fast zu ihrer oberen Spitze; geschlängelt hinter dem Blinddarm, der sehr hoch, fast am Rippenrand liegt; nach oben und innen, Spitze liegt an der Gallenblase; nach außen und oben bis zum rechten Leberrand; zwischen rechtem Leberlappen und Niere; hinter dem Peritoneum nach oben bis zum unteren Nierenpol; quer durch die Bauchhöhle,

Spitze fast in der Mittellinie. 9mal lief der Blinddarm kegelförmig sich zuspitzend in den Wurmfortsatz aus. **Trapp** (Bückeburg).

---

10) **M. W. Herman.** Beitrag zur operativen Technik gewisser Formen von Inguinalhernien.

(Przegląd lekarski 1902. No. 44.)

Verf. empfiehlt bei Radikaloperationen von Leistenbrüchen mit bedeutend erweitertem Kanale eine Kombination des Kocher'schen Invaginationsverfahrens mit der ursprünglichen Bassini'schen Methode, ein Verfahren, welches an des Ref. Abteilung ebenfalls seit etwa 3 Jahren mit sehr gutem Erfolge geübt wird.

Trzebicky (Krakau).

---

11) **W. Anschütz.** Zur Operation der Skrotalhernien bei Kindern.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.)

A. empfiehlt eine seit $1^1/_4$ Jahr an der Breslauer Klinik geübte Methode der Operation kindlicher Skrotalhernien. Dieselbe verzichtet prinzipiell auf eine Loslösung des Bruchsackes von den Gebilden des Samenstranges. Nach vorsichtiger Längstrennung des Bruchsackhalses wird derselbe möglichst hoch oben mit einer feinen Tabaksbeutelnaht, welche nur das Bauchfell faßt, geschlossen, das periphere Ende wird dann durch Herausziehen des Hodens umgekrempelt und in seiner neuen Lage vernäht. Danach folgt die Czerny'sche Pfeilernaht oder die Bassini'sche Operation. Die bisherigen Erfolge mit dieser Methode, welche viel Zeit erspart, die Quetschung der Gewebe vermeidet und auch dem Ungeübten die Operation erleichtert, waren durchaus gute. **Blauel** (Tübingen).

---

12) **E. Braatz.** Nabelbruchverband.

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1902. Nr. 12.)

Mit Recht bezeichnet B. alle bisherigen Methoden, den Nabelbruch der Kinder mit Pelotten oder Heftpflasterverbänden zu behandeln, als unzuverlässig.

Nach seinem neuen Verfahren wird ein dickes Zinkblech von 3 und $3^1/_2$ cm im Geviert in Heftpflaster so eingeschlagen, daß die klebende Seite nach außen sieht. Diese Pelotte wird durch einen 6—9 cm langen Heftpflasterstreifen, welcher den ganzen Leib umspannt und dessen Enden noch seitlich übereinander geschlagen werden können, befestigt. Darüber wird eine Schutzbinde aus Zeug getragen.

Ein solcher Verband hält unverrückt und zuverlässig auch unter den schlimmsten Umständen 4—8 Wochen, auch wenn die Kinder gebadet werden.

Sechs Abbildungen veranschaulichen das Verfahren.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).



13) L. Gfeller. Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Darmcysten.

Inaug.-Diss., Leipzig, 1902.

G. schildert zunächst einen Fall von angeborener Cyste des Dünndarmes, welcher zu Volvulus mit akutem Darmverschluß geführt hatte und vom Chefarzt des Spitals von Chaux-de-Fonds, Dr. de Quervain, mit Erfolg exstirpiert wurde. Die Cyste enthielt auf der Innenfläche geschichtetes Pflasterepithel, in welches geschichtetes Cylinderepithel stellenweise eingelagert war. An der Hand von 18 aus der Literatur gesammelten Fällen und des vorher erwähnten bespricht G. den histologischen Bau der angeborenen Dünndarmcysten. Nach diesen aus der Literatur bekannt gewordenen Cysten unterscheidet er 1) Dermoide, mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet; 2) Entodermoide, deren Innenschicht mit Cylinderepithel bedeckt ist und außerdem Schleimdrüsen, Follikel, Krypten enthält; 3) gemischte cystische Geschwülste, welche Pflaster- und Cylinderepithel zeigen.

Die Symptome, welche man bei angeborenen Darmcysten antrifft, sind sehr geringe, wie z. B. Erbrechen und Appetitlosigkeit; manchmal sind gar keine bestimmten Krankheitszeichen vorhanden, manchmal wird aber auch, wie in dem von de Quervain operierten Falle, Volvulus mit Ileus angetroffen. Die Diagnose läßt sich daher vor der Operation nicht stellen, Heilung kann nur durch die Exstirpation erfolgen, bei welcher zuweilen partielle Darmresektion nötig werden kann.

Herhold (Altona).

---

14) E. Berger. Die Verletzung der Milz und ihre chirurgische Behandlung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

Die vorliegende Fortsetzung der gleichnamigen in diesem Blatte 1902 Nr. 46 referierten Arbeit beschäftigt sich neben kasuistischem Material hauptsächlich mit der Behandlung der subkutanen und perforierenden Milzverletzungen. Die in der vorantiseptischen Zeit gehandhabte meist exspektative Therapie hat nur mehr ein historisches Interesse gegenüber der modernen, viel aktiveren Behandlung, welche die Prognose dieser gefährlichen Verwundungen wesentlich gebessert hat. Die Indikation zum Eingriff bei subkutanen Milzrupturen gibt in der Hauptsache die zunehmende innere Blutung, seltener die gleichzeitige Verletzung anderer Unterleibsorgane. Die Hälfte der Pat. mit Milzrupturen stirbt übrigens innerhalb der ersten Stunde an der profusen Blutung. Eine Operation käme hier immer zu spät. Auch bei den perforierenden Milzverletzungen ist die Blutung die Hauptgefahr. Die chirurgische Hilfe besteht entweder in der gänzlichen Entfernung der Drüse oder in konservativen Methoden, d. h. Blutstillung mit Erhaltung des Organs. Die Splenektomie ist unter normalen Verhältnissen das schnellste und sicherste Verfahren. Ist

die Exstirpation der Milz aus äußeren Gründen, z. B. wegen starker Verwachsungen, nicht ausführbar, so sind Versuche der Blutstillung mit Erhaltung des Organs zu machen. Diese bestehen in der Naht der Wunde oder in ihrer Verschorfung resp. in der Tamponade. Welches Verfahren im konkreten Falle das beste ist, hängt von den besonderen Umständen des Falles ab. Die der Arbeit am Schlusse angefügte Kasuistik der wegen Milzverletzung ausgeführten Laparotomien umfaßt 127 Fälle, davon 90 bei subkutanen Rupturen, 18 bei Schuß- und 19 bei Stichschnittwunden. In 80% der Fälle gab die zunehmende Blutung die Indikation zum Eingriff. 49mal lag eine Komplikation mit anderen Schädigungen von Eingeweiden vor. Die Mortalität beträgt 41%. 80mal wurde dabei die Splenektomie ausgeführt, 14mal die Naht und 10mal die Tamponade angewendet. Die Unterbindung der Milzgefäße mit Erhaltung des Organs ist sehr gefährlich, da fast immer tödliche Peritonitis eintritt. Verf. hofft, daß mit der Verallgemeinerung einer guten und schnellen Indikationsstellung und mit dem weiteren Fortschreiten der Bauchchirurgie die Erfolge noch besser werden. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

15) **I. Antonelli.** Contributo clinico-statistico alla cura della splenomegalia malarica.

(Gazz. med. italiana 1902. Nr. 43, 46 u. 47.)

Verf. wendet sich gegen die von einigen Autoren befürwortete ausgedehnte Anwendung der Exstirpation der Malariamilz. Die einzige Indikation, die er anerkennt, sind Beschwerden, welche die Milzgeschwulst als solche macht. Dies ist insbesondere bei der beweglichen (Wander-) Malariamilz der Fall. Verf. hat 2mal deswegen mit Erfolg operiert. Im übrigen ist weder die Milzgeschwulst die Ursache der Kachexie, noch Zeichen einer besonders schlechten Prognose; auch tritt nach Jahren noch Verkleinerung ein. Auch ist die Exstirpation nicht leicht, da häufig ausgedehnte Verwachsungen vorliegen, wofür charakteristische Abbildungen gegeben werden. Am Schluß werden 158 Milzexstirpationen verschiedener Autoren tabellarisch zusammengestellt. **Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

16) **L. Cheinisse.** Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale par greffe échinococcique.

Paris, Imprimerie de la semaine méd., 1902.

Verf. bekämpft die Auffassung, daß ein multiples Auftreten von Echinkokkengeschwülsten in der Bauchhöhle durch eine multiple Einwanderung von Eiern der Taenia Echinokokkus veranlaßt werde, daß somit also die Zahl der Cysten der der eingewanderten Eier entspreche.

Er vertritt vielmehr die Anschauung, welche Hunter bereits 1784 ausgesprochen, welche aber wieder lange Zeit in Vergessenheit

geraten, daß derartige multiple Cysten durch Platzen einer bereits länger bestehenden Cyste entstehen. Er sucht diese Behauptung vor allem durch zahlreiche aus der Literatur sorgfältig zusammengestellte Fälle zu beweisen, in denen klinisch das Platzen der Cyste aus früheren Erscheinungen diagnostiziert wurde und bei denen durch die spätere Operation multiple Cysten in der Bauchhöhle nachgewiesen wurden. **Coste** (Straßburg i/E.).

---

17) **H. Truhart.** Pankreaspathologie. I. Teil: Multiple abdominale Fettgewebsnekrose.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1902. 498 S.

In diesem, der »Alma mater Dorpatensis« zur Säkularfeier gewidmeten Werke bespricht T. in überaus klarer und geschickter Darstellung unter eingehendster Berücksichtigung und Verarbeitung der gesamten, gerade in den letzten Jahren ungemein vermehrten Literatur die Pathologie der abdominalen Fettgewebsnekrose. Die der Arbeit zugrunde liegende Kasuistik umfaßt 278 Fälle.

Hervorgerufen wird die von Balser zuerst beschriebene multiple abdominale Fettgewebsnekrose durch das fettspaltende Ferment des Pankreas. Diese Auffassung dürfte wohl jedem, der sich der Lekture des T.'schen Buches hingibt, zur Gewißheit werden. Es ist die Anschauung, die Langerhans auf Grund seiner mikroskopischen und chemischen Untersuchungen zuerst ausgesprochen hat und der Hildebrand und später Katz und Winkler durch den positiven Ausfall ihrer Tierexperimente sichere Stütze verliehen haben. Auffallend ist es, wie sehr diese Anschauung bekämpft worden ist und wie sehr man versucht hat, sie durch eine Reihe anderer Theorien zu ersetzen. Alle diese Einwände, die von T. aufs scharfsinnigste und überzeugendste widerlegt werden, hier aufzuführen, ist nicht angängig; nur einzelne Punkte sollen hervorgehoben werden.

Von vielen Autoren zu wenig gewürdigt ist die Arbeit des Amerikaners Flexner, trotzdem sie schon 1897 in deutschen Zeitschriften referiert ist. Flexner war es gelungen, bei frischen Fällen von am Menschen beobachteter, wie auch an Tieren künstlich erzeugter Fettgewebsnekrose in den Herden noch freies, überschüssiges, fettspaltendes Ferment nachzuweisen. — Keine der oft angeführten Beobachtungen von Fettnekrosen ohne Affektion des Pankreas hält einer kritischen Prüfung stand. Eine Verbreitung der Fettgewebsnekrosen im ganzen Bauchraume, ja selbst durch das Zwerchfell hindurch in den Thoraxraum hinein hat nichts Auffallendes, wenn man bedenkt, daß der einmal in die Bauchhöhle gelangte Pankreassaft auch sein eiweißverdauendes Enzym, das Trypsin, dort verbreitet, das durch Zerstörung von Serosen, Muskelfasern und Bindesubstanzen dem fettspaltenden Ferment erst die Möglichkeit zur Einwirkung gibt. Wunderbarerweise ist dieses Moment von einer Reihe von Autoren wenig oder gar nicht berücksichtigt worden. — In gleicher Weise

ist bei der Beurteilung der Ätiologie der Erkrankung die exquisit baktericide Eigenschaft des Pankreasaftes von den meisten Autoren ganz außer Acht gelassen worden. Gegen die jetzt so beliebte infektiös-entzündliche Ätiologie spricht der Umstand, daß in der Literatur 58 Fällen von Pankreasentzündungen 82 Fälle von Pankreasaffektionen ohne jede Spur von Entzündungserscheinungen gegenüberstehen, daß ferner in den nekrotischen Herden resp. in deren unmittelbarer Umgebung nur 8mal Bakterien und dazu noch verschiedene — keine einheitlichen Erreger! — nachgewiesen worden sind, viele Forscher hingegen vergebens nach Bakterien gesucht haben, daß schließlich bei Perforationsperitonitis fettnekrotische Herde nicht auftreten.

Wie willkürlich manche Autoren der Entzündungstheorie zu Liebe ihre Diagnose stellen, geht daraus hervor, daß in einigen Fällen, in denen eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung des Pankreas nur Nekrose, Blutung und Fettgewebsnekrose und ausdrücklich keinerlei Kennzeichen einer Entzündung ergeben hatte, trotzdem die Diagnose auf »akute hämorrhagische Pankreatitis« lautete.

Auch die bei Hühnern, Gänsen, Schafen, Schweinen etc. beobachteten Nekrosen des pankreatischen, retro- und intraperitonealen Fettgewebes, die, ohne offenkundige Krankheitserscheinungen verursacht zu haben, beobachtet werden, beruhen nach den Untersuchungen von Balser, Hiller und Williams auf einer Spaltung des Neutralfettes in Glycerin und Fettsäuren.

Wichtig ist die mikroskopische Untersuchung des Pankreas auf fettnekrotische Herde, da die Anfänge dieser Erkrankung, wie bei den Tieren, symptomlos verlaufen können. Die Anwendung der Benda'schen Kupferacetatreaktion ist dabei sehr zu empfehlen. In Leichen ohne Wahl hat die mikroskopische Untersuchung in mehr als 50% der Fälle partielle, oft sogar totale Nekrose der Parenchymzellen ergeben (Chiari, Blume, Pförringer). Diese Nekrose der Zellen wird durch Anomalien des Blutkreislaufes hervorgerufen und findet sich bei Arteriosklerose, Alkoholismus, Fettleibigkeit, Tuberkulose, Herz-, Lungen-, Nierenleiden und Erkrankungen der Nachbarorgane. Die Parenchymnekrose ist das veranlassende Moment für den Austritt des Pankreassekretes und dessen Einwirkung auf das Fett; die beobachteten Entzündungsvorgänge stellen lediglich ein reaktives Ausheilungsphänomen dar. Durch diese reaktiven Entzündungserscheinungen kann es — auch in Analogie der Tiere (Olt) — zu einer Art Heilung kommen.

Was die Prognose betrifft, so ist bis jetzt 8mal Naturheilung beobachtet worden, in 17 Fällen ist durch chirurgische Eingriffe Heilung erzielt worden.

Das Studium der äußerst interessanten Abhandlung im Original kann aufs wärmste empfohlen werden.

In einem II. Teile wird Verf. die »Pathologie und Therapie der lokalen Erkrankungen des Pankreas« bearbeiten.

E. Moser (Zittau).

---

18) **E. Gildemeister.** Beitrag zur Kenntnis der Mesenterialtumoren.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Verf. teilt nach den in der Literatur gefundenen Angaben die primären Gekrösgeschwülste in cystische und solide ein. Von ersteren sind in der Literatur 51 operierte Fälle vorhanden, von welchen 43 geheilt wurden und 8 zum Tode führten; von soliden Geschwülsten weist die Literatur nur 8 Fälle auf, darunter die deutsche nur 3. Solche bestehen aus Lipomen, Myxomen, Fibromen, Sarkomen, Lymphangiomen. Die Diagnose der Gekrösgeschwülste ist vor der Laparotomie meistens kaum zu stellen. Hervorstechende Krankheitssymptome sind außer der Anschwellung des Leibes heftige kolikartige Schmerzen, Verstopfung, bis zum Ileus gesteigerter Darmverschluß. Bei der Exstirpation ist oft die Resektion des mit der Geschwulst verwachsenen Darmstückes notwendig. In den letzten 10 Jahren wurden in der Breslauer Klinik (v. Mikulicz) 2 Cysten und 3 solide Geschwülste exstirpiert, bis auf einen Fall von solidem Angiosarkom sämtlich mit Glück. Diese 5 Fälle werden bezüglich der Operation und des Heilungsverlaufes eingehend besprochen. Von den Operationsmethoden ist die Punktion wegen der Gefahr der Darmverletzung zu verwerfen; wo die totale Exstirpation unmöglich ist, kommt die Inzision mit Einnähen der Cyste in die Bauchwand in Frage.

Herhold (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus dem k. k. Krankenhause Wieden in Wien.)

Zur Gastroduodenostomia lateralis.

Von

Primararzt Dr. **Julius Schnitzler**, Privatdozent für Chirurgie.

Die unlängst an dieser Stelle erfolgte Mitteilung Kocher's wird zweifellos dazu Anlaß geben, daß die Gastroduodenostomie unter den bei Pylorusstenose anzuwendenden Operationen mehr in Betracht gezogen wird, als dies bisher der Fall gewesen zu sein scheint. Geht doch aus Kocher's Zusammenstellung hervor, daß die Zahl der veröffentlichten lateralen Gastroduodenostomien eine recht geringe ist. Ich will daher hier in Kürze über 5 derartige Operationen berichten, die ich vom August 1899 bis zum Oktober 1900 ausgeführt habe. Seither habe ich diese Operationsmethode nicht mehr wiederholt.

Von meinen 5 Fällen ist der erste — operiert am 18. August 1899 — bereits von meinem früheren Hilfsarzt Dr. E. Klein publiziert worden[1], der, ebenso wie jetzt Kocher, vorschlug, die Operation als »laterale« Gastroduodenostomie von der bekannten Kocher'schen Magenresektionsmethode zu unterscheiden. Wie dieser erste Fall betraf auch der zweite (am 2. Februar 1900) derart von mir

[1] Ein Sanduhrmagen in Folge von Salzsäureverätzung. Gastroduodenostomie. Wiener klin. Rundschau 1900. Nr. 5.



operierte Fall einen Sanduhrmagen. In beiden Fällen lagen die Verhältnisse ungemein günstig, analog wie in dem Falle, der Henle die Anregung zu seiner Mitteilung gegeben hatte; der kardialwärts von der Einschnürung gelegene Magenteil ließ sich leicht gegen den absteigenden Duodenumschenkel ziehen und die Naht bei digitaler Kompression ohne Schwierigkeiten ausführen; das funktionelle Resultat war in beiden Fällen ein vortreffliches. Ebenso zufriedenstellend war das Schlußergebnis in einem Falle von stenosierendem Pyloruskarzinom (operiert am 26. März 1900). Auch hier stieß die Ausführung der lateralen Gastroduodenostomie auf keinerlei technische Schwierigkeiten; die Kranke erbrach vom Operationstage angefangen nicht mehr und erholte sich sehr rasch, nahm an Gewicht beträchtlich zu und erfreute sich dieses Erfolges der Palliativoperation durch ca. anderthalb Jahre.

Durch das günstige funktionelle Resultat der erwähnten 3 Fälle veranlaßt, gedachte ich nun, die Gastroduodenostomie als Normalmethode der Gastroenterostomie in Anwendung ziehen zu können und hielt es für gerechtfertigt, auch unter ungünstigeren topographisch-anatomischen Verhältnissen, als sie die ersten 3 Fälle geboten hatten, die laterale Vereinigung von Magen und Duodenum auszuführen. Leider sollte mich dies bald zu einem Mißerfolge führen. Ich machte meine 4. Gastroduodenostomia lateralis bei einer 61jährigen Frau, die an einem vorgeschrittenen Pyloruskarzinom litt, und ließ mich durch die vollkommene Unbeweglichkeit des Duodenums, die dazu zwang, die Naht in der Tiefe der Bauchhöhle und unter erheblicher Spannung auszuführen, von der Wahl der Methode nicht abhalten. Die vordere Nahtreihe wurde, weil sie mir nicht absolut verläßlich schien, durch einen angenähten Netzzipfel gedeckt. Die Kranke starb nach 3 Tagen, und die Sektion ergab eine Dehiszenz im Bereich der hinteren Nahtlinie. Hatte mir dieser Fall gezeigt, daß man in der Wahl der für die in Rede stehende Operationsmethode geeigneten Fälle nicht zu weit gehen dürfe, so zeigte mir der funktionelle Mißerfolg des gleich zu erwähnenden 5. Falles, daß der der lateralen Gastroduodenostomie a priori zuzuschreibende Vorteil: absolut sicheres Funktionieren der neuen Kommunikation zwischen Magen und Darm im Gegensatz zur Gastrojejunostomie, nicht zutrifft. Bei einer an Carcinoma pylori leidenden 35jährigen Frau machte ich (22. Oktober 1900) die Vereinigung zwischen vorderer Magenwand (ungefähr in der Mitte zwischen Cardia und Pylorus) und absteigendem Schenkel des Duodenum. Am Tage der Operation sowie am nächstfolgenden Tage befand sich die Kranke wohl; vom 3. Tage angefangen erbrach sie jedoch täglich mehrmals, und zwar stets große Mengen brauner Flüssigkeit; wiederholte Magenausspülungen waren ganz erfolglos, Winde gingen ab, Temperatur und Puls blieben normal, der Bauch war nicht schmerzhaft. Da die Kranke trotz reichlicher Nährklysmen durch das massenhafte Erbrechen rasch herunterkam, entschloß ich mich 8 Tage nach der ersten Operation zur Relaparotomie; ich erwartete entweder eine Undurchgängigkeit der Anastomose oder einen sog. mesenterialen Darmverschluß zwischen Duodenum und Jejunum zu finden. Diese Erwartung bestätigte sich nicht, die Anastomose war in Ordnung, bequem für den Finger durchgängig, der Magen unterhalb des Niveaus der Anastomose schwappend gefüllt. Anlegung einer Anastomose zwischen tiefstem Punkt der großen Kurvatur und der ersten Jejunumschlinge. Von da ab kein Erbrechen mehr und rasche Erholung der Pat. In diesem Falle hatten sich also nach der lateralen Gastroduodenostomie keine günstigen Verhältnisse für den Abfluß des Mageninhaltes herausgebildet, eine Möglichkeit, die Kocher speziell für »sackförmig nach unten erweiterte« Mägen hervorhebt. Leider sind die meisten Mägen, deren Erkrankung zur Anlegung einer Gastroenterostomie Veranlassung gibt, in diesem Sinne erweitert, und es ist selbstverständlich, daß eine mit dem Duodenum ausgeführte Anastomose nie im tiefsten Niveau des Magens liegen wird; man nimmt ja doch zu dieser Anastomose naturgemäß eine im Niveau des Duodenum gelegene Magenstelle, und würde man eine tiefer gelegene wählen, so würde natürlich diese Stelle in das Niveau des Duodenum verzogen, ein tiefer reichender Blindsack nicht vermieden werden. In dem eben erwähnten Falle erwiesen sich die frühzeitig

begonnenen und häufig wiederholten Magenausspülungen gegenüber dem Unvermögen des Magens, seinen Inhalt gegen das Duodenum zu entleeren, als wirkungslos, und so mußte der Gastroduodenostomie nach 8 Tagen eine Gastrojejunostomie folgen, welche den gewünschten Erfolg hatte. Hier war für den Operateur eine analoge Situation entstanden, wie sie mitunter durch einen an eine Gastrojejunostomie sich anschließenden Circulus vitiosus gegeben ist. Nun haben uns aber doch die reichlichen Erfahrungen der letzten Jahre die Vermeidung des Circulus vitiosus auf verschiedene Weise zu erreichen gelehrt und speziell die Hinzufügung einer Enteroanastomose zur Gastrojejunostomie (Jaboulay, Braun, v. Mikulicz) verschafft einen so hohen Grad von Sicherheit gegen diese bedrohliche Konsequenz der Gastroenterostomie, daß in dieser Beziehung eine Überlegenheit der Gastroduodenostomie kaum angenommen werden kann. Gleich vielen anderen Chirurgen habe auch ich in den letzten 2 Jahren die Gastroenterostomie mit hinzugefügter Enteroanastomose als Normalmethode aufgenommen und habe allen Grund, mit den Erfolgen zufrieden zu sein. Es kann ja keinem Zweifel unterliegen, daß durch die Anlegung der Gastroenterostomie am tiefsten Punkte des Magens, wie sie den bei der Gastrojejunostomie im Gegensatz zur Gastroduodenostomia lateralis stets möglich ist, die besten Entleerungsverhältnisse geschaffen werden. Kocher's geistvolle Methode würde nur die Schwierigkeiten, welche sich der technischen Ausführung der Gastroduodenostomia lateralis in der Regel entgegenstellen dürften, umgehen, die dauernden topischen Verhältnisse zwischen Magen und Duodenum würden aber selbstverständlich nicht geändert werden, da ja das Duodenum gewiß die Tendenz haben wird, seine alte Lage wieder einzunehmen und den mobilen Magen nachziehen wird; jedenfalls wird der Fundus des dilatierten Magens mehr oder weniger erheblich tiefer liegen als die Anastomose, und mein 5. Fall hat die — von Kocher schon als möglich vorausgesehenen — Konsequenzen dieses Verhaltens gezeigt. Hingegen wird Kocher's Methode natürlich die Nahtanlegung sehr erleichtern und einen Mißerfolg, wie ihn mir mein 4. Fall brachte, vermeiden lassen. Doch fällt hier denn doch der Umstand ins Gewicht, daß die Mobilisierung des Duodenum nach Kocher die der klassischen Gastroenterostomie eigentümlichen einfachen Wundverhältnisse (durch Eröffnung eines subserösen Zellgewebslagers) kompliziert. Zieht man weiter in Betracht, daß die bei der anatomischen Dignität der hier zu präparierenden Region doch mit einigem Zeitaufwand verbundene Mobilisierung des Duodenum kaum rascher durchzuführen sein dürfte, als eine Enteroanastomose zwischen den Schenkeln einer Jejunumschlinge, so glaube ich, daß die laterale Gastroduodenostomie nach Kocher gegenüber der Gastrojejunostomie mit Enteroanastomose als das kompliziertere Verfahren bezeichnet werden muß. Daß in jenen Fällen, in welchen die Pylorusstenose durch pericholecystitische Prozesse bedingt ist, der Mobilisierung des Duodenum unüberwindliche oder sehr schwer und nur unter großem Zeitverluste überwindliche Schwierigkeiten sich entgegenstellen können, ist wohl selbstverständlich und auch von Kocher bereits erwähnt. Kocher's Mitteilung über die chirurgische Mobilisierbarkeit des Duodenum wird sich gewiß oft genug für den Operateur wertvoll erweisen, da er in manchen Fällen von dieser Mobilisierung Nutzen ziehen dürfte; daß aber die Gastrojejunostomie nunmehr durch die laterale Gastroduodenostomie in der Regel ersetzt werden sollte, erscheint mir nach dem hier Angeführten nicht wahrscheinlich.

---

19) Sanitätsbericht über die kgl. preußische Armee, das XII. (kgl. sächsische) und das XIII. (kgl. württembergische) Armeekorps für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1898 bis 30. September 1899. Bearbeitet von der Medizinalabteilung des kgl. preußischen Kriegsministeriums. Mit 31 Karten und 8 graphischen Darstellungen.

Berlin, E. S. Mittler & Sohn, 1901. 205 S. Text, 167 S. Tabellen.

Aus der Fülle des interessanten Materiales soll nur über das spezifisch Chirurgische und unter diesem nur über das Wertvollste berichtet werden. Bei der

Besprechung der einzelnen Krankheitsgruppen folgen wir den Nummern des Rapportschemas und beginnen mit den Wundinfektionskrankheiten, von welchen in Zugang kamen 28 = 0,05 auf Tausend. In diesen Fällen von Pyämie und Septhämie wurden fast immer als Entzündungserreger Streptokokken und nur 2mal Staphylokokken angetroffen, 18 der Fälle endigten tödlich. Die genannten Erkrankungen schlossen sich am häufigsten an oberflächliche, zunächst unbedeutende Verletzungen an: Furunkel, Panaritien; doch waren die Ursache auch Mittelohrkatarrh, eitrige Gelenkentzündungen und Knocheneiterungen.

Bösartige Geschwülste wurden beobachtet 28, meist Sarkome, 6mal Karzinome; die letzteren hatten ihren Sitz 5mal im Mastdarme, 1mal in der Niere.

Unter den Krankheiten des Gehirns handelte es sich 6mal um Gehirngeschwulst, 5mal um Eiterherde im Gehirn, 3mal um Gehirndruck ohne zu bestimmende Ursache. 87 Gehirnkrankheiten — 0,17‰ — wurden im ganzen beobachtet. Außerdem gingen 169, 0,35‰, Fälle von Gehirnerschütterung zu.

Von eingeklemmten Brüchen sind 18 = 0,03‰, von innerem Darmverschlusse 21 = 0,04‰ vorgekommen, von den ersteren starb keiner, von den letzteren 11. Die Fälle sind in der Operationstabelle, auf welche wir am Schlusse zu sprechen kommen, genauer beschrieben.

An Blinddarmentzündung erkrankten 843 Mann = 1,6‰, von welchen 659 dienstfähig wurden, 23 starben, 164 in die Heimat entlassen wurden und 51 noch in Behandlung verblieben.

32mal trat im Anschluß an die Krankheit allgemeine Bauchfellentzündung ein; die hierbei 9mal ausgeführte Laparotomie konnte das Leben nicht erhalten. In den Fällen, in welchen keine allgemeine Bauchfellentzündung bestand, wurde 19mal wegen Eiterung operiert und außerdem 6mal im Intervall der Wurmfortsatz entfernt.

Entzündung des Zellgewebes in der Umgebung der Niere kam ziemlich häufig zur Operation; die Ursachen dieser Entzündung waren ziemlich mannigfaltige.

Venerische Krankheiten. Zugang 10218 = 19,9‰; 2mal endigte durch Komplikationen die Krankheit tödlich.

Unter den Zellgewebsentzündungen sind mehrere Fälle erwähnt, in denen die Entzündung trotz frühzeitig gemachter Einschnitte schwer verlief. Mit gutem Erfolge wurden in einzelnen Fällen die Salzwedel'schen Spiritusverbände angewandt. Die durch diese Verbände eintretende Verhärtung der Haut wird durch Anwendung lange dauernder heißer Sublimatbäder (1 : 10000) beseitigt. Unter den Entzündungen der Knochen und der Knochenhaut überwog die meistens durch Exerzieren und Marschieren hervorgerufene Knochenhautentzündung des Unterschenkels = 295 Fälle. Eitrige Entzündung des Knochenmarkes und des Knochens kam 63mal vor.

Die typische Militärkrankheit Fußgeschwulst wurde, abgesehen von den direkt erkannten Brüchen der Mittelfußknochen, in 15312 Fällen = 29,8‰ beobachtet. In den meisten dieser Fälle handelte es sich um Brüche oder um Einbrüche der Mittelfußknochen, die sich oft erst nach Ablauf von 2—3 Wochen vermittels Röntgenbild durch die eingetretene Kallusbildung kenntlich machten.

Unter den Quetschungen und Zerreißungen kamen mehrfach recht schwere Verletzungen innerer Eingeweide vor. So handelte es sich u. a. 7mal um schwere Zerreißungen des Magens und Darmes; nur 1 Mann von diesen konnte durch Laparotomie gerettet werden.

Knochenbrüche sind im Rapport 2707 = 5,3‰ verzeichnet, darunter 50 Brüche des Schädels, und zwar 23 Brüche des Schädelgewölbes, 27 des Schädelgrundes. Bemerkenswert ist unter den Knochenbrüchen ein Fall von Bruch des Zungenbeines infolge eines Stoßes gegen den Hals.

Sehr stattlich ist im Rapport die zur Beobachtung gekommene Anzahl von Schußverletzungen: einschließlich der Selbstmorde ist insgesamt über 321 Schußverletzungen berichtet worden. Schußverletzungen durch Granaten, Shrapnels etc. kamen nur 5mal, durch scharfe Patronen (Gewehr, Karabiner, Re-

volver) 157mal, durch Platzpatronen 80mal, durch Schrotschüsse 9mal, durch abgesprengte Geschoßteile 3mal, durch Wasserschüsse 3mal, durch Gewehrschüsse mit anderen Geschoßteilen 12mal, durch Explosionen von Patronen 38mal, durch Verletzungen durch Platzen von Gewehren, durch Kanonenschläge etc. 14mal vor. Von den 321 Schußverletzten wurden 236 geheilt, gestorben sind 85. Bei den Selbstmorden durch scharfe Patronen standen obenan die Verletzungen von Kopf und Hals; es folgen die Brustschüsse. Mit Platzpatronen wurde 20mal Selbstmord resp. Selbstmordversuch ausgeführt; von 4 dieser Selbstmörder, die den Schuß mit Platzpatronen in den Mund abgefeuert hatten, starben 3. Bemerkenswert ist, daß bei einem der Schüsse eine Ausschußöffnung vorhanden war; es hatte das Holzgeschoß Zunge und Gaumen zertrümmert und die Nackenmuskulatur durchschlagen. In einem Falle, in welchem die Platzpatrone in den Unterleib gedrungen war, traten große Zerreißungen des Lebergewebes und des Dünndarmes ein. Was die Wasserschüsse anbetrifft, so hatten 2 Selbstmörder den Lauf ihres mit einer Platzpatrone geladenen Karabiners mit Wasser gefüllt und sich in den Mund geschossen; in einem Falle trat der Tod ein. Sofort tödlich wirkte dagegen der Schuß eines mit scharfer Patrone geladenen und mit Wasser gefüllten Terzerols in die Brust. In einem Falle, in welchem auf dem Scheibenstande ein etwa linsengroßes, von einem Geschoß abgesprengtes Bleistück in das Halsmark gedrungen war, trat blitzartig Lähmung der Gliedmaßen, der Blase und des Mastdarmes ein. Der Fall endigte durch nach 3 Tagen eintretende Lähmung des Atmungszentrums tödlich.

Unter den 14 Stichwunden betrafen 6 den Bauch mit 4mal eingetretenem Netzvorfalle; 2 von den Bauchstichwunden endeten trotz sofort vorgenommener Operation tödlich infolge Bauchfellentzündung. Von den 4 Bißwunden wurden 2 durch Menschen, 2 durch Pferde verursacht; da in einem Falle das Pferd tollwutverdächtig war, wurde der Verletzte einer Einspritzungskur nach Pasteur unterzogen. Anzeichen von Tollwut blieben bei ihm aus.

Die dem Text beigegebene Operationstabelle weist 331 größere Operationen auf, darunter 17 Trepanationen des Schädels, 54 Trepanationen des Warzenfortsatzes, 32 Augenoperationen, 21 Laparotomien, 27 Operationen bei Blinddarmentzündung, 7 Bruchoperationen bei Einklemmung einer Darmschlinge, 14 Aussägungen von Röhrenknochen, 6 Gelenkaussägungen, 32 Amputationen, 13 Exartikulationen, 21 Geschwulstoperationen. Unter letzteren sind recht gute Resultate bei den Operationen von Sarkomen erreicht, indem von 6 Fällen nur einer tödlich endigte. Die Sarkome hatten 4mal ihren Sitz in den Knochen der Gliedmaßen, 1mal im Unterkiefer, 1mal in der Haut. Unter den Laparotomien interessiert ein Fall, in welchem nach Durchbruch eines typhösen Darmgeschwüres durch Darmresektion und Darmanastomose Heilung erzielt wurde.

Herhold (Altona).

20) Hallopeau et Gadaud. Sur une alteration des mains provoquée par des travaux radiographiques prolongés.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 714.)

Verff. stellten einen Fall mit schweren Störungen nach Anwendung von Röntgenstrahlen vor. Der Pat. setzte zur Demonstration von Röntgenstrahlen seine rechte Hand während vieler Monate, wenn auch nur kurze Zeit, wiederholt am Tage der Wirkung der Röntgenstrahlen aus. Im Laufe von 4 Jahren entwickelten sich folgende Veränderungen: In den ersten Wochen stellte sich ein Gefühl der Trockenheit und Haarausfall an der rechten Hand ein, später Risse in den Nägeln und Ausfallen derselben mit schmerzhaften, eitrigen Entzündungen in der umgebenden Haut, so daß die Hand nicht mehr gebrauchsfähig war. Dazu kamen noch ähnliche, aber geringere Veränderungen an der linken Hand, Haarausfall auf der rechten Kopfseite und Lichtscheu. Nach dem Aussetzen der Beschäftigung trat vorübergehende Besserung ein: Die Entzündung verschwindet und die Nägel wachsen verkümmert wieder, nur nicht am Zeige- und Mittelfinger. Bald darauf verschlimmerte sich der Zustand nach Beschäftigung mit Röntgen-

strahlen: Neue Ulcerationen an den Fingern und Gelenksteifigkeit am Zeige- und Mittelfinger; schließlich entwickelt sich folgender Zustand: Ankylosierung des Zeige- und Mittelfingers, bedingt durch die Sklerosierung der Haut der Finger, Verschmälerung der Finger, namentlich des Zeige- und Mittelfingers (die Hand sieht wie mumifiziert aus), zahlreiche Teleangiektasien, die Nägel sind rissig und fehlen an Zeige- und Mittelfinger. Die linke Hand zeigte nur Sklerosierung, Teleangiektasien und Nageldifformitäten. Klingmüller (Breslau).

21) Hallopeau et Gadaud. Sur les résultats du traitement par le radium d'un lupus verruqueux.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 720).

Verff. berichten über einen Fall von verrukösem Lupus der Finger, welcher wiederholt innerhalb der letzten 6 Jahre ohne Erfolg ausgekratzt worden war und neuerdings mit Radium behandelt wurde. Die Substanz wurde auf den Mittelfinger 72 Stunden lang, auf den Zeigefinger 120 Stunden lang aufgelegt. An beiden Stellen entstanden Ulcerationen, welche noch nach 6 Monaten nicht verheilt waren; außerdem bestand eine so erhebliche Sklerose der Haut, daß eine Beugung der letzten beiden Phalangen unmöglich war. Es ist deshalb auch bei dieser Behandlung dieselbe Vorsicht geboten wie bei Röntgenstrahlen.

Klingmüller (Breslau).

22) **Danlos.** Quatre cas de lupus traités comparatirement par le radium et par d'autres procédés.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 723.)

Verf. demonstrierte an 4 Fällen von Lupus vulgaris die Ergebnisse der Radiumbehandlung. Die Narben waren so glatt und weich, wie es kaum bei anderen Methoden möglich ist. Die Wirkung ist der der Röntgenstrahlen zu vergleichen. Ferner beobachtete Verf. bei dieser Behandlungsmethode einen Fall von Neuralgie, welcher sich aber nach Antipyrin besserte.

Klingmüller (Breslau).

23) **P. Reynier.** Contribution à l'étude du tétanos.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 647.)

R. berichtet über eine im Krankenhause entstandene, auf 3 Fälle sich erstreckende Endemie von Tetanus. Im 1. und 3. Falle handelte es sich um Operation eines Leistenbruches, im zweiten um die einer Pyosalpinx. Der 1. Pat. wurde operiert am 31. Januar, verbunden am 7. Februar, erkrankte an Tetanus am 9. Februar, also 10 Tage nach der Operation. Der 2. Kranke, operiert am 4. Februar, zeigte die ersten Zeichen von Tetanus am 17. Februar. Beide starben trotz Behandlung mit Morphium, Chloral und Antitetanusserum. Der 3. Kranke, operiert am 16. Februar, erhielt vor der Operation 10 ccm Serum injiziert. Am 26. Februar wurden die Nähte entfernt. Am 2. März brach der Tetanus aus. In diesem Falle gab R. Chloral in sehr hoher Dosis, 12—20 g pro Tag während 10 Tagen, außerdem täglich 30 ccm Serum. Allmählich erfolgte Besserung und Heilung.

Auf welchem Wege bei dieser Endemie die Übertragung des Tetanusgiftes erfolgte, blieb unaufgeklärt, da alle aseptischen Maßnahmen wie bei jeder anderen Operation getroffen wurden, der 1. und 2. Fall auch räumlich weit voneinander entfernt, in verschiedenen Pavillons lagen, auch in verschiedenen Operationssälen operiert worden waren.

R. hält für möglich eine Infektion durch das aus der Fabrik bezogene Katgut; einige Röhrchen wurden bei der bakteriologischen Nachprüfung nicht steril befunden; freilich wurden in ihnen auch keine Tetanusbazillen nachgewiesen. (Ob der Träger der Infektion nicht vielleicht der Assistent R.'s war, der Fall 2 und 3 selbst operierte, bei Fall 1 assistierte? Ref.)

Den günstigen Ausgang im 3. Falle glaubt R. den hohen Chloraldosen zuschreiben zu müssen, vielleicht auch der Seruminjektion vor der Operation. Daß diese den Ausbruch der Krankheit nicht zu verhindern vermochte, ist immerhin interessant genug. R. glaubt übrigens, daß eine starke Nervosität eine Disposition für die Erkrankung an Tetanus abgebe.

In der Diskussion teilen Pierre Delbet und Brun Fälle von Tetanus mit, in denen auch intracerebrale Injektion von Antitetanusserum den tödlichen Ausgang nicht verhindern konnte, ja ihn zu beschleunigen schien.

Reichel (Chemnitz).

24) C. Ullrich. Neun Fälle von Tetanus. Ein Beitrag zur Antitoxinbehandlung dieser Krankheit.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Unter diesen aus dem Material der Breslauer chirurgischen und medizinischen Klinik stammenden Fällen sind vier (traumatischen Ursprunges), die innerhalb der ersten 30 Stunden nach dem Auftreten der ersten Symptome mit Serum behandelt sind. Diese sind alle gestorben, trotzdem auch ausreichende Quantitäten angewendet sind. Die von Behring in Aussicht gestellte Verbesserung der Sterblichkeitsziffer bei zeitiger Einverleibung des Serums ist danach nicht eingetreten. Auch der Injektion des Serums in den Duralsack kann kein besonderer Wert zuerkannt werden.

Die später erkannten, leichter verlaufenden und spät mit Serum behandelten Fälle ergeben, wie auch in anderen Statistiken, eine bessere Prognose. Die Ansicht, daß in den schnell tödlich verlaufenden Fällen das Tetanusgift zu schnell im Zentralnervensystem gebunden wird, besteht vielleicht zu Recht. Trotzdem dürfte es sich, in Übereinstimmung mit v. Leyden, empfehlen, das Heilserum weiter anzuwenden, besonders um das in die Circulation noch kommende Gift zu binden. Große chirurgische Eingriffe, wie Amputationen, können dadurch erspart werden. Besonders wichtig ist auch die prophylaktische Anwendung des Serums, wie sie auch schon in der Breslauer chirurgischen Klinik geübt worden ist. Einem Manne (Diabetiker), dem durch eine Dreschmaschine der linke Arm abgerissen war, bekam am 4. Tage prophylaktisch eine Tetanusantitoxininjektion. 6 Wochen später traten besonders im Gesicht und in der Kaumuskulatur leichte klonische Zuckungen auf mit leichten Kontrakturen in der ganzen Körpermuskulatur; dabei Schmerzen, Schweißausbrüche, Appetitlosigkeit etc. Diese Krankheitserscheinungen hielten 2 Monate an und sind dann nicht wieder aufgetreten. Die Vermutung liegt nahe, daß es sich um einen infolge der zeitigen Antitoxineinverleibung abortiv verlaufenden Fall von Tetanus gehandelt habe. Den geschilderten Krankheitszustand etwa als Folge des Antitoxins anzusehen, ist nach den bisherigen Erfahrungen nicht angängig. Der Fall würde demnach zu weiterer prophylaktischer Antitoxinbehandlung auffordern. **E. Moser** (Zittau).

25) Brabec. Über eine weniger bekannte Erscheinungsform der Aktinomykose beim Menschen.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 48.)

Verf. weist in seiner Arbeit auf eine Form der Aktinomykose hin, die zuerst von Hofmeister beschrieben und selten ist. Unter Beibringung eines einschlägigen Falles beschreibt er die Symptome, Ätiologie und Behandlung des sog. Aktinomykoms, das die gewöhnlichen Kennzeichen der Aktinomykose, diffuse, harte Infiltration, phlegmonöses Aussehen, Eiterung und Fistelbildung, nicht aufweist. Es handelt sich vielmehr um eine harte Geschwulst, die, ursprünglich von der Darmschleimhaut ausgehend, sich intraperitoneal entwickelt, verschieblich bleibt, schmerzlos ist und sich nach Lösung einiger Verwachsungen meist leicht durch Bauchschnitt entfernen läßt. Auf dem Durchschnitt erst merkt man, daß es keine echte Geschwulst war; denn es pflegen doch einige kleine Abszesse da zu sein, die aber den typischen Eiter nicht zu enthalten brauchen. Das Mikro-

skop erst bringt die Diagnose. Verf. hält das Aktinomykom für ein streng umschriebenes Krankheitsbild, für das ev. besondere Mikroben die Ursache bilden. Die enorme Bindegewebsbildung ist als eine Art Heilungsprozeß der Natur zu betrachten, weil dadurch der sonst so enorm progrediente Charakter des Prozesses unterdrückt wird. **Schmieden** (Bonn).

26) O. Bollinger. Über primäre Aktinomykose der Fußwurzelknochen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 1.)

Das von B. untersuchte Präparat eines von Seydel amputierten Fußes entstammte einem 64jährigen Manne, der sich 53 Jahre vorher durch eine zweizinkige Hacke eine Verletzung am Fußrücken zugezogen hatte; die Wunde war nach 3 Wochen langer Eiterung geheilt. Erst vor 16 Jahren hatten sich unter dem Einflusse einer Überanstrengung an der Stelle Schmerzen und Anschwellung eingestellt, die seitdem dauernd Fußbeschwerden zurückgelassen hatten. Allmählich verschlimmerten sich dieselben infolge von Anschwellung des Fußes, der schließlich wegen »chronisch eitriger Ostitis« amputiert werden mußte. Die Untersuchung desselben ergab bedeutende fibröse Induration und Verdickung der äußeren Weichteile, des Periostes; die Knochensubstanz des Os navicul., der Ossa cuneiformis und metatarsi, zum Teil rarefiziert, zum Teil von weißgelblichen Herden und Höhlen mit schmierigem, eiterähnlichem Brei (Aktinomyceskolonien) durchsetzt; der ganze Fuß dem Madurafuße ähnlich. B. hält die Annahme für zulässig, daß von der Verletzung vor 53 Jahren Aktinomyceskeime in der Narbe zurückgeblieben und sich erst nach Jahrzehnten weiter entwickelt und zu den geschilderten Veränderungen geführt haben. **Kramer** (Glogau).

27) S. Marcus. Beiträge zur Behandlung der Aktinomykose, mit besonderer Berücksichtigung der Jodkaliumtherapie.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

23 Fälle des letzten Decenniums aus der Breslauer chirurgischen Klinik. Einige der interessanten Krankengeschichten zeigen wieder, wie vieler Untersuchungen es bisweilen bedarf, um die Diagnose auf Aktinomykose sicher zu stellen.

Bei den als geheilt Entlassenen sind spätere Rezidive gar nicht selten. Meist war das Rezidiv allerdings ein lokales, so daß schließlich doch Heilung eintrat, in anderen Fällen handelte es sich aber doch um ein Fortschreiten der Krankheit.

Was die Jodbehandlung betrifft, so scheint diese die Abszeßbildung begünstigt zu haben; wenigstens war es in 2 Fällen sehr wahrscheinlich. Einen wesentlichen Einfluß übt sie aber auf den Ablauf des Prozesses nicht aus, denn die Gesamtresultate aus den angeführten Beobachtungen stimmen ganz zu den prognostischen Angaben, die Schlange vor der Einführung des Jodkali für den Ablauf der Aktinomykose gemacht hat und die im wesentlichen von dem Orte der Erkrankung abhängig sind. Man soll aber die Jodkalitherapie als eine die operative Therapie unterstützende nicht fallen lassen, so lange man annehmen muß, daß durch Begünstigung der Abszeßbildung der Verlauf der Aktinomykose beschleunigt werden kann. **E. Moser** (Zittau).

28) A. Wagner. Entzündlicher Bauchdeckentumor, hervorgerufen durch einen aus dem Darme durchgebrochenen Fremdkörper.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 46.)

Die über mannskopfgroße derbe Geschwulst, welche bei der 52jährigen Pat. in der rechten Unterbauchgegend saß, war dadurch entstanden, daß eine knöcherne Kiemenspange des Kabeljaus verschluckt worden, in den Blinddarm gelangt war und hier eine Perforation ins retroperitoneale Bindegewebe mit Bildung eines von derben Schwarten umkleideten, stinkenden Abszesses veranlaßt hatte. Der Fremdkörper entleerte sich erst einige Wochen später nach der Eröffnung des Eiterherdes. **Kramer** (Glogau).

29) E. S. Kansel. Zur operativen Behandlung der Perforationsperitonitis bei Abdominaltyphus.

(Chirurgie 1902. Dezember. [Russisch.])

4 Fälle. 1) Beginn des Typhus vor 14 Tagen; allgemeine eitrige Peritonitis, Naht der Perforationsöffnung, Tod. 2) 10 Tage krank, operiert etwa 20 Stunden nach der Perforation; schwere Infektion. Darmresektion, Tod nach 4 Tagen. Kein Eiter im Bauchraum. 3) Etwa 2 Wochen krank; Laparotomie, nachdem 3 Tage lang abgewartet und Pat. etwas kräftiger geworden war. Im oberen Teile des Bauches injizierte Darmschlingen; unten sind die Därme verklebt und es findet sich ein Abszeß, der von einem noch nicht perforierten Geschwür ausgeht. Drainage, Heilung. — 4) Operation unter der Diagnose: Appendicitis, Eröffnung und Tamponade eines Abszesses. Der weitere Verlauf zeigt aber, daß Typhus vorlag; die Perforationsöffnung lag am Dünndarme, und bald bildete sich daneben eine zweite. Nach Besserung des Allgemeinzustandes Naht der Öffnungen, doch ohne Erfolg; daher Darmresektion. Heilung.

K. glaubt, man dürfe erst dann operieren, wenn die ersten stürmischen Erscheinungen vorüber und die Kräfte des Pat. wieder gebessert seien.

Gückel (Kondal, Saratow).

30) Coste. Ein Fall von Darmperforation durch stumpfe Bauchverletzung.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 12.)

Ein Pionier fiel mit dem Bauche auf eine Schemelkante und spürte sofort heftigen Schmerz. Da Pat. bei der Aufnahme ins Lazarett verfallen aussah, die Bauchdecken bretthart gespannt waren und in der unteren Bauchhälfte Dämpfung nachgewiesen werden konnte, während die Leberdämpfung aufgehoben war, wurde die Bauchhöhle durch Laparotomie 6 Stunden nach der Verletzung eröffnet. In der Bauchhöhle befand sich eine reichliche Menge grünlich gefärbter Flüssigkeit, die fade, aber nicht kotig roch. An einer kollabierten Darmschlinge wurde beim Absuchen des Darmes ein 1 cm im Durchmesser großes Loch angetroffen, an dieser Stelle 10 cm reseziert und eine Vereinigung der Darmenden mit Murphyknopf vorgenommen. Die Bauchhöhle wurde bis auf eine für den Tampon bestimmte Stelle geschlossen. Heilung. **Herhold** (Altona).

31) Lund, Nichols, Bottomley. Six cases of rupture of the intestines, with 4 recoveries.

(Boston med. and surg. journ. 1902. November 27.)

1) 7jähriger Knabe, 6 Stunden vorher von einer Brücke gefallen, in der Zwischenzeit Erbrechen, Schüttelfrost, Fieber, Leibschmerz. Bei der Aufnahme Puls 140, schlecht. Leib sehr druckempfindlich. Operation 20 Stunden nach dem Falle. Im Leibe, der durch Schnitt am linken äußeren Rektusrande geöffnet wird, blutig gefärbtes Serum mit Fibrinfetzen. Därme entzündlich gerötet, große Öffnung in einer 6 cm lang von ihrem Gekröse getrennten Dünndarmschlinge. Resektion, Vereinigung mit Murphyknopf. Tod $^1/_2$ Stunde nach der Operation.

2) 46jähriger Kutscher. Hufschlag gegen die rechte Bauchseite. Keine deutlichen Zeichen von Peritonitis außer Erbrechen, Puls 100, kräftig; rechts vom Nabel kleine Blutunterlaufung, rechte Bauchseite gespannt, druckempfindlich. Operation 16 Stunden nach dem Unfalle. Schnitt am äußeren rechten Rektusrande. Trübes, fibrinflockiges Serum, die Därme unterhalb des Schnittes entzündet. Unter Verfolgung des Fibrinbelages wurden sie hervorgezogen, eine bleistiftdicke Öffnung im Dünndarme, die durch Schleimhautpfropf verschlossen war. Darmnaht. Auswaschung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung, Drainage mit Mullstreifen und Glasrohr. Ungestörte Heilung.

3) 28jähriger Fuhrmann. Erhielt einen Hufschlag gegen einen rechtsseitigen, Darm enthaltenden Leistenbruch und gegen die rechte Lendengegend. Außer

Schwellung in der Leistengegend und Druckempfindlichkeit der Lendengegend waren keine Krankheitserscheinungen vorhanden. Operation 9 Stunden nach der Verletzung. Spaltung des Leistenkanales, Bruchsack enthielt klares Serum; erst nach Eröffnung des inneren Leistenringes entleerte sich trübes, bräunliches Serum. Bei Hervorziehen des Darmes fanden sich stark entzündlich gerötete, mit Fibrin bedeckte Schlingen, in einer eine 2 cm lange, quer verlaufende Öffnung gegenüber dem Gekrösansatze. Darmnaht. Einige in der Nähe befindliche, dunkelrote, durchbruchverdächtige Stellen im Darme wurden eingestülpt und übernäht. Es fanden sich mehrere Quetschungen des Mesenteriums und einiger vergrößerter Mesenterialdrüsen. Die Därme wurden, wie auch die Bauchhöhle, mit Kochsalzlösung abgespült, Drainage. Ungestörte Heilung.

4) 32jähriger Fuhrmann. Hufschlag gegen die Magengegend 4 Stunden nach reichlicher Mahlzeit. Kurze Bewußtlosigkeit, später Übelkeit. Bei der Aufnahme weicher Puls von 100 Schlägen, sonst guter Allgemeinzustand. Die Bauchdecken rechts unten leicht abgeschürft, sehr stark gespannt, richtig »bretthart«. Leichte Dämpfung in der Blinddarmgegend. Operation 3 Stunden nach dem Unfalle. Einschnitt in der Mittellinie unterhalb des Nabels. Ausfluß von trübem, blutigem Serum, Fibrinfetzen auf dem Darme unmittelbar neben dem Einschnitte. Riß 50 cm oberhalb der Ileocoecalklappe, Kotaustritt aus derselben. Darmnaht. Auswaschen der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung, Drainage. Ungestörte Heilung.

5) 40jähriger Fischer erhielt den Stoß einer Deichsel unterhalb des linken Schulterblattes. Er konnte noch eine längere Wegstrecke gehen. Allmählich auftretende Leibschmerzen und Erbrechen führten ihn ins Krankenhaus. Puls fadenförmig, Gesicht verfallen, aschgrau, starke Schmerzen in dem aufgetriebenen Leibe. Operation wurde erst 18 Stunden später zugegeben, nachdem der Zustand noch schlechter geworden. Bauchschnitt in der Mittellinie. Sehr viel bräunliches Exsudat, mit Fibrinflocken und Stücken halbverdauter Speisen. Im Dünndarme ein die Fingerspitze durchlassendes Loch, unterhalb ein 7 cm langer, in der Längsachse verlaufender Serosariß. Naht. Drainage. Häufige Ausspülungen der Bauchhöhle mit heißem Salzwasser, intravenöse Injektionen von solchem und Analeptika vermochten den Tod, 72 Stunden nach der Operation, nicht zu verhindern.

Bei diesem letzten Falle ist die Entstehungsart durch Stoß auf den Rücken wichtig. Verf. nimmt eine Art Contrecoup an, da trotz des Falles auf den Bauch, da der Boden ganz eben war, keine direkte Gewalteinwirkung nachzuweisen war.

6) 8jähriger Knabe, überfahren. Heftige Leibschmerzen und Erbrechen danach. Zeichen von Chok bei der Aufnahme, 5 Stunden später Fieber. Leib gespannt, druckempfindlich. Abschürfung zwischen rechtem Rippenbogen und Beckenrand. Bauchschnitt in der Mittellinie, viel blutiges Serum entleert. 0,8 cm breites Loch in der Mitte des Dünndarmes, mit Schleimhautpfropf verschlossen. Naht. Ausspülung und Drainage. Ungestörte Heilung.

Aus den Krankengeschichten geht die Wichtigkeit frühzeitiger Operation deutlich hervor. Warten, bis deutliche Zeichen des Darmdurchbruches auftreten, ist für den Pat. meist verderblich. Die Gefährlichkeit der Hufschläge gegen den Leib geht ebenfalls aus dem Mitgeteilten hervor. **Trapp** (Bückeburg).

32) **A. Zawadzki.** Beitrag zur Kasuistik der Schußverletzungen des Magens.

(Kronika lekarska 1902. Nr. 16—19).

An die 21 in der Literatur bekannten Fälle von operativ behandelten Schußverletzungen des Magens schließt Verf. folgende 2 eigene Beobachtungen an:

1) Ein 14jähriger Gymnasiast erhielt einen Flaubertschuß aus nächster Nähe in die Magengegend. Die fast unmittelbar nach dem Unfalle vorgenommene Untersuchung ergab folgenden Befund: Allgemeinbefinden ziemlich gut. Einschußöffnung 10 cm oberhalb des Nabels, links von der Mittellinie. Aus der Wunde fließt blutige gashaltige Flüssigkeit. Die Laparotomie wurde 2 Stunden nach der Verletzung vom Verf. ausgeführt. Die Bauchhöhle wurde mittels eines die Schußöffnung treffenden Schnittes eröffnet. An der vorderen Magenwand die Einschuß-

öffnung. Eine Ausschußöffnung wurde trotz genauer Inspektion des ganzen Magens nicht gefunden. Verschluß der Wunde mittels Naht. Heilung.

2) Der 2. Fall betraf einen Soldaten, welcher sich zufällig bei Beschäftigung mit seinem Dienstgewehr verletzt hatte. Medianwärts von der linken Mammillarlinie, in der Höhe der 7. Rippe eine ovale Wunde, deren längerer Durchmesser 3 cm betrug; aus der Wunde wurde Speisebrei entleert. Operation 4 Stunden nach dem Unfalle (Dr. Raum). Nach Erweiterung der Wunde gelangte man in die linke Pleurahöhle, welche ziemlich viel Mageninhalt enthielt. Die Lunge war kollabiert, im vorderen Teile des Zwerchfelles eine 5 cm lange, durch Netz verlegte Wunde. Reposition des Netzes, Naht des Zwerchfells, Tamponade der Pleura. Hierauf Eröffnung der Bauchhöhle in der Linea alba. An der vorderen Magenwand nahe der Cardia eine 4 cm lange Wunde, in der freien Bauchhöhle Mageninhalt. Naht der Magenwunde, Jodoformgazebeutel. Tod am folgenden Morgen. **Trzebicky** (Krakau).

33) H. Weber. Zur Kritik der Beziehungen der Angina tonsillaris zur Entzündung des Wurmfortsatzes. (Aus der med. Klinik zu Breslau.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 52.)

Unter 144 Fällen von Entzündung des Wurmfortsatzes der Breslauer med. Klinik sind in 3 gleichzeitig bestehende oder kurz vorher vorausgegangene akute Entzündungen der Rachenorgane beobachtet worden. Dieselben lassen mit den bisher veröffentlichten ähnlichen Fällen, in deren einigen sogar die gleichen Krankheitserreger — Streptokokken bezw. Influenzabazillen — im Tonsillarabstrich oder Auswurf einer-, im periappendikulären Abszeßeiter andererseits nachgewiesen worden waren, die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen den beiden räumlich getrennten Entzündungsherden zu. W. vermutet mit Kretz, daß verschlucktes virulentes Bakterienmaterial die Entzündung in der Appendix veranlaßt habe. **Kramer** (Glogau).

34) Routier. Appendicite par torsion.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 631.)

Bei der Radikaloperation eines Mannes, der 3 typische Anfälle von Appendicitis durchgemacht hatte, den letzten 17 Tage vor der Operation, fand R. den Wurmfortsatz in eine Geschwulst umgewandelt, doppelt so groß wie ein Daumen, in ihrem Aussehen am ehesten vergleichbar einer Hämatosalpinx. Sie war 4mal um ihre Achse von rechts nach links gedreht. Im Bereich der Torsion war die Wand ekchymosiert und gangränös; der Teil zwischen Torsion und Blinddarm bot normales Aussehen. **Reichel** (Chemnitz).

35) J. J. Koslowski. Ein Fall operativer Behandlung des Ascites bei atrophischer Lebercirrhose.

(Russkij Wratsch 1902. Nr. 48—50.)

Der Pat., 43 Jahre alt, kein Trinker, überstand vor 20 Jahren eine Syphilis; bedeutender Ascites. Drei Punktionen vor der Operation (innerhalb 7 Wochen). Laparotomie, Einnähung des Netzes in die Tasche zwischen Bauchfell und Muskeln. Nach und nach stieg die Harnmenge von 200—400 auf 2—4 Liter, doch mußte während der nächsten $3^1/_2$ Monate noch 7mal punktiert werden, dann erst schwand der Ascites. Sehr gebessert entlassen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

36) H. Eckstein. Über Behandlung von Hernien mit Hartparaffininjektionen.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 48.)

E. berichtet über 2 günstige Fälle aus dem in der Überschrift genannten Kapitel. Eine Pat. mit doppelseitigem Leistenbruche blieb einige Monate nach

vollständiger Heilung durch Paraffininjektion in die Bruchpforte residivfrei; dann mußte an einer Seite die Injektion wegen eines unbedeutenden Residives wiederholt werden. — Ein Knabe mit einer walnußgroßen Nabelhernie blieb nach Paraffininjektion mehrere Monate bisher völlig gesund und beschwerdefrei. — Verf. ist der Meinung, daß namentlich eine bloße Bruchanlage stets durch sein Verfahren beseitigt werden kann. **Schmieden** (Bonn).

37) L. Richard. Note sur la cure opératoire des hernies, plus specialement envisagée dans le milieu militaire.

(Revue de chir. Ann. XXII. Nr. 9 u. 10.)

R. hat als Arzt der chirurgischen Abteilung des Garnisonlazaretts Belfort in der kurzen Zeit von 16 Monaten die auffallend hohe Zahl von 55 Brüchen operiert. Die Arbeit ist ein statistischer Bericht über die hierbei gesammelten Erfahrungen. Als gleichfalls mit den allgemein herrschenden Anschauungen nicht harmonierend ist wiederum die große Zahl von 40% durch plötzliche Gewalteinwirkung (Bauchpresse bei Anstrengung) ausgetretener Brüche hervorzuheben, von denen R. berichtet. Sonst dürfte wenig Neues aus der Arbeit zu schöpfen sein. Die Technik war im allgemeinen der von Bassini nachgebildet; die Isolierung des Bruchsackes wurde meist von dessen unterem Ende her begonnen. Das Katgut des Reservedepots konnte wegen augenfälliger bakterieller Verunreinigung des zur Konservierung verwendeten Öles nicht benutzt und mußte von neuem (nach v. Bergmann) sterilisiert werden. Die Nachbehandlung wurde eingeleitet durch mehrtägige Verstopfung. In 69% hat R. völlig aseptische Heilung erzielt, in 9,09% jedoch hartnäckige Eiterungen zu beklagen gehabt. Der Bruchsack wurde mit Seide abgebunden — doch berichtet Verf. nichts von ihrer Ausstoßung.

Christel (Metz).

38) G. J. Breitmann. Vereinfachung des operativen Eingriffes bei partieller Gangrän des Darmes im eingeklemmten Bruche.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Wie Arapow und Kadjan, invaginierte auch B. in 2 Fällen die gangränöse Partie in die Darmlichtung und vernähte darüber die Serosa (Enteroplicatio möchte er aus Analogie mit der Gastroplicatio diesen Vorgang nennen). Im 2. Falle war die gangränöse Stelle am eingeklemmten Dickdarme 6 × 2 cm groß und im Zentrum schon perforiert. Beide Fälle wurden geheilt; im zweiten während 2 Tagen nach der Operation leichte peritonitische Symptome.

Gückel (Kondal, Saratow).

39) E. Patry. Hernie inguinale étranglée; peritonite purulente généralisée 23 jours après la herniotomie; laparotomie; guérison.

(Revue med. de la Suisse romande 1902. Nr. 6.)

28jähriger Pat. seit einem Jahre linksseitiger Leistenbruch; Herniotomie; normaler Verlauf. Ligatur des Sackes und Naht der Pforte waren mit starker Seide gemacht.

23 Tage nach der Operation Symptome einer allgemeinen Peritonitis, nach 8 Tagen Laparotomie. Entleerung von ca. 1 Liter Eiter; ein Herd nicht auffindbar. Drainage der Fossa iliac. dextr. et sin., sowie der Beckenhöhle. Seit dem Eingriffe Wohlbefinden. Am 10. Tage beim Verbandwechsel ein dicker Seidenfaden aus der Wunde eliminiert. Heilung.

Verf. hält den dicken Seidenfaden für die Ursache der infektiösen Peritonitis; dieser konnte nur von der Herniotomie stammen; bei dem zweiten Eingriff wurde zur Naht des Peritoneums nur feine Seide und außerdem Katgut verwendet.

Verf. rollt u. a. die Frage auf, warum sich die peritonale Infektion erst nach so langer Zeit zeigte und nicht bösartiger verlief. Er weist dabei auf Nicolle's Untersuchung hin, der einen solchen Eiter steril fand. Wurde er ausgesät, so wuchsen nach 2—3 Wochen Staphylokokkus albus und citreus. Diese waren jedoch

sehr wenig virulent. So ließen sich schließlich die langsame Entwicklung der infektiösen Peritonitis, sowie andererseits der gutartige Verlauf derselben erklären. (Die Fadeneiterungen, zu allen Zeiten entstanden, sind bekanntlich weniger infektiös. Ref.) **Kronacher** (München).

40) **F. Klaussner.** Zwei Fälle von Herniotomie wegen Inkarzeration von Coecum und Proc. vermiformis bei kleinen Kindern.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 49.)

K. bringt 2 interessante Fälle zur Mitteilung; er operierte mit bestem Erfolge ein 6wöchiges Kind mit eingeklemmtem Leistenbruche, wobei der Blinddarm repositionsfähig, der Wurmfortsatz brandig vorgefunden wurde. — Ein 4 Monate altes Kind operierte er an einem nicht eingeklemmten Leistenbruche, der ebenfalls Blinddarm und Wurmfortsatz enthielten. Die Spitze des letzteren war fest mit dem Hoden verwachsen. Heilung. **Schmieden** (Bonn).

41) **T. Bryant.** Case of displaced strangulated femoral hernia in which the sac with its contents was displaced downwards and inwards, through an opening at the cower and of the femoral sheath in front of the adductor muscles, on the inner side of Scarpa's triangle.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 3.)

Das Wesentliche des interessanten Falles von Selbsttaxis geht aus der Überschrift hervor. Bei der Operation wurde der Schenkelkanal leer gefunden, da die Hernie durch Einreißen des seitlich vom Kanal gelegenen Gewebes so durch die Pat. reponiert war, daß sie oberhalb des Lig. Pouparti außerhalb der Bauchhöhle stranguliert lag. Nach ausgiebiger Spaltung des Schenkelringes und des einschnürenden Stranges konnte die betreffende Darmschlinge herabgeholt werden Die Pat. starb einige Stunden nach der Operation. **Herhold** (Altona).

42) **Lossen.** Über Harnblasenbrüche.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1.)

L. berichtet aus dem städtischen Krankenhause zu Karlsruhe über 3 Fälle von Blasenhernien. An die ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichten schließt sich eine auf Grund der einschlägigen Literatur gewonnene Schilderung des Krankheitsbildes der Blasenbrüche vom pathologischen und klinischen Standpunkte aus. Den Schluß bildet die Besprechung der Therapie, welche nur eine operative sein kann. **Blauel** (Tübingen).

43) **Walther Wendel.** Über die Torsion eines »Fettbruches« und ihre Folgen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 388.)

Beobachtung aus der Marburger Klinik. 47jährige Frau, mit angeblich plötzlich entstandener, bruchartiger, hühnereigroßer Geschwulst unterhalb des rechten Leistenbandes. Einklemmungserscheinungen, Diagnose eingeklemmte Netzhernie. Statt dessen findet sich bei der Operation eine aus infiltriertem Fettgewebe bestehende rundliche Geschwulst, an einem Stiele hängend, welcher sich als leerer, 2mal um seine Achse gedrehter Bruchsack erweist. Im Zentrum dieser Geschwulst eine haselnußgroße Höhle, gefüllt mit gallertiger, grauweißer Substanz, mikroskopisch aus nekrotischem Detritus bestehend. Nach Retorsion der Achsendrehung ist zwischen dieser Höhle und der Lichtung des Bruchsackes eine feine Kommunikation nachweisbar. Epikrise: Es handelte sich um einen leeren lipomatösen Bruchsack, durchaus frei von Verwachsungen, dessen Stiel aus unbekannten Gründen (vielleicht durch Hustenstöße?) um die Achse gedreht wurde. Durch nekrotisierende Vorgänge bildete sich die als Erweichungscyste aufzufassende Höhle. Daß ein Fettbruch Pseudoeinklemmungserscheinungen bewirken kann, war bislang noch unbekannt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

44) F. Smoler. Über Adenome des Dünn- und Dickdarmes.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

S. gibt unter Hinzufügung einer Reihe neuer Fälle aus der Wölfler'schen Klinik eine Zusammenstellung der gesamten Kasuistik über Darmadenome und zugleich eine Zusammenfassung alles dessen, was über Darmadenome bekannt ist.

Nach Voranstellung einiger wichtiger pathologisch-anatomischer Vorbemerkungen folgt die Kasuistik der Adenome des Dünndarmes. Für diese seltene Lokalisation liefert die Literatur 8 Fälle, zu welchen S. noch einen 9. Fall aus der Wölfler'schen Klinik fügt.

Für die Dickdarmadenome mit Ausschluß der Mastdarmpolypen sind 25, für letztere 22 Beispiele aus der Literatur angeführt. Zu letzteren kommen noch 8 Beobachtungen aus der Prager Klinik.

Durch die Verarbeitung dieses reichen Materials von 64 Adenomen des Darmes gibt Verf. ein klares, erschöpfendes Bild dieses relativ seltenen und daher weniger genau bekannten Leidens hinsichtlich der klinischen Erscheinungen, der Ätiologie, der Prognose und schließlich der Therapie. **Blauel** (Tübingen).

45) A. A. Kadjan. Pneumotosis cystoides intestinorum hominis.
(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 6.)

K. beobachtete 1893 einen Fall, der dem von Hahn in der Deutschen med. Wochenschrift 1899 Nr. 40 beschriebenen sehr ähnlich war. Eine 31jährige Frau leidet seit 2 Jahren an Schmerzen im Unterleibe, Erbrechen, abwechselnd Durchfall und Verstopfung, Ascites. 4. Oktober Laparotomie; Darmserosa ungleichmäßig (besonders reichlich am Dünndarme) mit Tuberkeln verschiedener Größe, sowie lufthaltigen Bläschen bis Pflaumengröße bedeckt. Gekrösdrüsen vergrößert, stellenweise gelb durchscheinend. Zuerst Besserung, dann kehrte der frühere Zustand wieder; daher Wiederholung der Operation am 23. Dezember. Die soliden Tuberkel sind geschwunden; wieder viel lufthaltige Bläschen, die, wie bei der ersten Operation, durchstochen und ausgedrückt, oder nach Unterbindung des Stieles abgeschnitten wurden. Am 19. Februar 3. Laparotomie; an Stelle der Tuberkel weißliche Flecken; wieder viel lufthaltige Bläschen und viel Ascitesflüssigkeit. Wieder bedeutende Besserung. — Weitere Nachrichten fehlen.

Gückel (Kondal, Saratow).

46) Herbing. Darminvagination in das Rektum infolge von Karzinombildung im S romanum.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXVIII. Hft. 4.)

H. veröffentlicht die Krankengeschichte eines jener seltenen Fälle, wo es sich um eine Invagination in den Mastdarm handelte. Wegen Ileuserscheinungen nähte er den Darm in die Bauchwand ein, um ihn später zu eröffnen. Noch ehe dies geschehen war, löste sich die Invagination von selbst, und es trat spontaner Stuhlgang ein. Indessen zwangen erneute Darmverschlußerscheinungen, allerdings ohne daß die Invagination wieder fühlbar geworden wäre, doch noch zur Inzision des eingenähten Darmstückes. In einer zweiten Sitzung wurde versucht, nach Kreuzbeinresektion die Geschwulst zu exstirpieren. Allein dies Vorhaben mußte wieder aufgegeben werden, da es durch Raummangel unmöglich gemacht wurde. Schließlich wurde durch eine dritte Operation die Geschwulst durch Bauchschnitt exstirpiert und so Heilung erzielt.

Die Invaginationen in den Mastdarm sind vielleicht weniger gefährlich wie andere, da es im kleinen Becken auf beschränktem Raume leicht zu Verklebungen kommen kann, welche eine gefährliche Perforation in die freie Bauchhöhle verhüten. Dagegen läßt sich wohl nicht leugnen, daß in solchen Fällen phlegmonöse Prozesse entstehen können, gegen die man machtlos ist. Deshalb glaubt H. eine exspektative Therapie nur dann anraten zu dürfen, wenn der Kräftezustand oder andere Gründe dazu zwingen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

47) **Fröhlich** (Nancy). Deux observations d'occlusion par vice de position de l'intestin. Rapport par M. A. Broca.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 542.)

Der 1. Fall betraf ein 3jähriges Kind, bei welchem seit 14 Tagen Erscheinungen von Darmverschluß bestanden. F. machte die Laparotomie, fühlte den Blinddarm ausgedehnt und einen von dem torquierten Mesenterium gebildeten derben Strang, entwickelte 2 m Darm, fand den Strang dann nicht mehr und glaubte die Einschnürung gelöst zu haben, legte aber zum Schlusse noch einen Kunstafter an. Pat. starb nach 36 Stunden. Die Autopsie ergab eine Torsion des gesamten Darmes, einschließlich des Dickdarmes um seinen Gekrösstiel. Der künstliche After war zwischen beiden Schnürstellen angelegt. — Der von Delbet für analoge Fälle gezeichnete Symptomenkomplex: »1) Schnelle Entwicklung und Größe des Meteorismus; 2) Geringfügigkeit oder selbst Fehlen kotigen Erbrechens; 3) schnelles Entstehen eines ziemlich erheblichen Ascites« wurde von F. auch in seinem Falle konstatiert.

Im 2. Falle handelte es sich um einen Volvulus des Blind- und untersten Abschnittes des Dünndarmes bei einem seit 4 Tagen erkrankten Manne. F. drehte die torquierten Darmschlingen nach Lösung des mit seinem Ende in einem kleinen Leistenbruchsacke verwachsenen Netzes zurück und erzielte Heilung. Bei diesem Pat. war das Wahl'sche Zeichen — isolierte Aufblähung der torquierten Schlinge — sehr deutlich.

Reichel (Chemnitz).

48) **O. P. Ssuchodolski.** Zur Frage der Ileusbehandlung nach Batsch.

(Praktitscheski Wratsch 1902. Nr. 52.)

Zwei sehr schwere Fälle mit kotigem Erbrechen nach einigen Stunden; mehrfache hohe Einläufe (auch mit Glycerin) ohne Erfolg. Je 3 Injektionen innerhalb $1^1/_2$ Stunden von 0,0025 Atropin. Schwere Intoxikation, bis zu voller Bewußtlosigkeit. Nach 1 resp. 2 Tagen reichlicher Stuhlgang, darauf Heilung. — Die Pat. waren 54 resp. 22 Jahre alt, beide Männer. **Gückel** (Kondal, Saratow).

49) **H. Roeser.** Ein Beitrag zur Chirurgie der Milz- und Leberverletzungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Der erste Teil der Arbeit behandelt die Verletzungen der Milz. Verf. bespricht im allgemeinen das klinische Bild dieser Verletzung und ihre Therapie, besonders die Exstirpation der Milz. Die Frage, ob die vollständige Entfernung dieses Organs eine berechtigte Operation sei, beantwortet er dahin, daß sie bei gegebener Indikation eine vollständig berechtigte und segensreiche Operation ist, die keinen dauernden Schaden hinterläßt.

Es folgen dann 3 Beobachtungen von Milzverletzungen aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Karlsruhe, 2 subkutane Milzrupturen, bei welchen durch Exstirpation der Milz Heilung erzielt wurde, und 1 Stichverletzung, welche infolge hinzugetretener metastatischer Pneumonie auf Grund primärer Infektion tödlich endete.

Der 2. Teil enthält zusammenfassende allgemeine Ausführungen über die Chirurgie der Leberverletzungen und eine Kasuistik von 5 Fällen des Karlsruher Krankenhauses. Dieselben umfassen 2 subkutane Rupturen, 1 Stichverletzung und 2 Schußverletzungen der Leber. Infolge der Komplikation mit Verletzungen anderer lebenswichtiger Organe wurde nur in einem Falle eine Heilung erzielt.

Blauel (Tübingen).

50) **R. Schwarz.** Considerazioni sopra dieci splenectomie per splenomegalia malarica associata ad ectopia.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1902. Nr. 96.)

Die 10 vom Verf. mitgeteilten Fälle betrafen ausschließlich Milzgeschwülste infolge von Malaria, kombiniert mit Ektopie, welch letztere z. T. erhebliche Be-

schwerden machte. Der Operation direkt ist nach S. kein Todesfall zur Last zu legen; allerdings starb eine Pat. 14 Tage nach der Operation infolge einer von den linken Adnexen ausgehenden Entzündung. 6 Fälle waren mit Stieltorsionen kombiniert. Die Malaria selbst wurde durch die Operation nicht wesentlich beeinflußt. — S. kommt zu dem Schlusse, daß die Exstirpation einer größeren Milzgeschwulst nach Malaria und kombiniert mit Ektopie ein empfehlenswertes Heilverfahren darstellt. Die Operation wird notwendig bei Stieltorsion.

A. Most (Breslau).

51) **v. Arx** (Olten). Über Gallenblasenruptur in die freie Bauchhöhle.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 19.)

Eine 48jährige Frau, die früher schon wiederholt an »Magenkrämpfen« gelitten, bot während eines neuen Anfalles eine stark gefüllte, harte Gallenblase. Nach 24stündiger durch Opiate erzielter Ruhe fühlt sie plötzlich nach vergeblichem Pressen zum Stuhl einen heftigen Schmerz; danach entwickelt sich das Bild der Perforationsperitonitis, nur daß gewisse Symptome der Sepsis fehlen: es trat kein rascher Kollaps ein; die Angst und Beklommenheit, das verfallene Aussehen, der Schüttelfrost blieben aus. Am folgenden Tage (nach wieviel Stunden?) Medianschnitt; Ausfluß reichlicher Galle mit Fibrinfetzen. Die zusammengefallene Gallenblase, deren Wand verdickt, zeigt einen 2 cm langen Riß am Blasenhals, dahinter einen Stein, der durch Schnitt im Fundus entfernt wird. Cholecystostomie und Naht des Risses. Heilung mit kleiner Gallenfistel, die sich nach einem ersten Verschließungsversuch nicht ganz schloß. Verf. vermochte nur durch heiße (55°) Kochsalzlösung das gallig imbibierte Bauchfell zu säubern.

P. Stolper (Breslau).

52) **W. Manton.** Removal of the gall-bladder through the lumbar incision.

(Amer. assoc. of obstetr. and gynecol. 14 annual meeting. Washington 1902.)
(Buffalo med. journ. 1902. November.)

38jährige Pat. Operation wegen der Erscheinungen einer rechtsseitigen Nephroptosis mit gleichzeitiger cystischer Degeneration der Niere. Bei der lumbalen Freilegung der Niere zwecks Annähung zeigt sich jedoch, daß die Fettkapsel von Verwachsungen umgeben, dagegen die Niere selbst normal ist. Doch liegt unterhalb der Niere die ausgedehnte, verwachsene und steinhaltige Gallenblase, welche durch den Lumbalschnitt entfernt wird. Hierauf Nephropexie. Heilung.

Mohr (Bielefeld).

53) **E. Peiser.** Zur Kenntnis der Pankreasnekrose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 302.)

Eine Beobachtung aus dem Berlin-Moabiter Krankenhaus.

28jährige Frau, vor 5 Jahren wegen eitriger Peritonitis mit Glück operiert, jetzt entbunden, wobei die Placenta unter sehr starkem Blutverlust manuell entfernt wurde. $2^1/_2$ Wochen nach der Entbindung ganz plötzliche Erkrankung mit sehr heftigem, galligem Erbrechen, anhaltenden starken Leibschmerzen, Appetitlosigkeit, Verstopfung. Nach Fühlbarwerden einer härtlichen Vorwölbung in der Magengegend Zugang ins Krankenhaus, woselbst diese Vorwölbung, prallelastisch, im Epigastrium unterhalb des linken Rippenbogens bis oberhalb des Nabels wahrgenommen und als Pankreascyste diagnostiziert wird. (Lage derselben zwischen Magen und Kolon, wie Luftaufblähung des letzteren beweist.) Operation zweizeitig: erste Sitzung Einnähung der »Cyste« in die gemachte mediane Bauchschnittwunde, zweite Sitzung Quereröffnung mit Paquelin. Entleerung gelblicher, breiiger Flüssigkeit nebst größeren schmierigen, gelblichen Fetzen, im ganzen ca. 20—30 ccm. Mit dem Finger ca. 12 cm lange, quer verlaufende, mit schwammigem Gewebe gefüllte Höhle eingehbar. Befund: in dem Sekrete viel Fettkörnchen, so-



wie gelblich-bräunliche Pigmentschollen, diverse Mikroorganismen; in den Gewebsfetzen Fettzellen und körnige Massen nebst Blutpigment. Verlauf bei leichten abendlichen Temperatursteigerungen ziemlich befriedigend. Am 9. Tage nach der zweiten Operationssitzung wird mit der Zange ein 19 cm langer und an der dicksten Stelle 3 cm breiter Gewebssequester extrahiert, welcher sich als Pankreas erweist. Er ist von festweicher Konsistenz, hellgelb, stellenweise schiefriggrau pigmentiert, auf Durchschnitten an einzelnen Stellen dunkelschwarzrot. Bei mäßiger Sekretion heilte die Fistel langsam. Doch bewirkt ein schon vorher gefundener Diabetes großen Kräfteverfall und 5 Monate nach der Operation den Tod. Keine Sektion.

Der Fall charakterisiert sich als eine infolge von Blutungen eingetretene Nekrose des Pankreas, und ist von Wichtigkeit, daß er eine Puerpera betraf. Mutmaßlich war die starke Nachgeburtsblutung ätiologisch von Bedeutung, und veranlaßte die von ihr bewirkte Anämie die Disposition zur Pankreasblutung. P. stellt seinem Falle 8 aus der Literatur zur Seite, in denen ebenfalls die Erkrankung im Wochenbette einsetzte. Da nun bei bislang von den im ganzen 121 Fällen hämorrhagischer Pankreatitis 42 Weiber gezählt werden, zeigen sich unter den Frauen die Puerperae mit 20% beteiligt, und scheint Schwangerschaft und Geburt eine ätiologische Rolle für die Krankheit zu spielen. Zu erwähnen ist noch, daß in dem P.'schen Falle die Darreichung von Pankreastabletten gar keinen Erfolg hatte.

Eine Pankreatitis haemorrhagica ferner wurde 2mal beobachtet und ohne Erfolg laparotomiert. Fall 1. 55jährige Frau, akut unter Symptomen von Perforationsperitonitis erkrankt. Bei der Laparotomie ergebnislose Absuchung des Blinddarmes nebst Wurmfortsatz, des Duodenums und Magens auf eine Perforation. Starke sulzige Durchtränkung der tiefen Gewebe in der Duodenalgegend, Ausquellen riesiger Mengen Flüssigkeit daselbst. Entblößen des Pankreas durch Ablösung des Netzes vom Pylorus. Das Pankreas ist am Kopfe mandarinengroß geschwollen, mit teils blutigen, teils gelblichen, linsen- bis bohnengroßen Flecken bedeckt, übrige Teile des Organs stark geschwollen. Tamponade, schlechter Verlauf, † am 3. Tage. Sektion: Peritonitis, Fettgewebsnekrosen hinter dem Blinddarm und in der Umgebung des Pankreas. Fall 2. 53jähriger Gastwirt, sehr starker Potator, fettreich, ebenfalls akut unter peritonitischen Erscheinungen erkrankt, welche auf Inkarzeration eines apfelgroßen Fettbruches der Linea alba über dem Nabel bezogen wurden. Der Bruch war am ersten Tage durch einen Arzt angeblich reponiert, worauf vorübergehend Erleichterung. Am 4. Tage Spitalaufnahme und Operation. Bei Öffnung der Bauchhöhle, die zur Aufklärung der Stielverhältnisse des »Bruches« bezw. Lipoms stattfand, ergeben sich dicht stehende stecknadelkopf- bis linsengroße gelbliche Flecken auf dem ganzen Netze und der Gekröswurzel. (Fettnekrosen.) Tod nach 2 Tagen. Sektion: beginnende, fibrinöse Peritonitis, zahlreiche Fettgewebsnekrosen, im Winslow'schen Sack bräunlichrötliche Flüssigkeit, hämorrhagische Infiltration des Pankreas. Nephrolithiasis dextra und 6 Steine in der Gallenblase. — Auch an diese Fälle werden einige epikritische Allgemeinbemerkungen nebst Anziehung der Literatur geknüpft, von letzterer zum Schluß ein Verzeichnis von 104 Nummern beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

54) S. P. Fedorow. Zur Kasuistik der Unterleibsgeschwülste.

(Chirurgie 1902. Oktober. [Russisch.])

40 Jahre alte Frau. Seit November 1901 Nephritis. Bald darauf wurde eine Geschwulst im Bauch bemerkt. Im März 1902 ist dieselbe etwa kopfgroß, liegt mitten im Bauch, ist seitlich, nicht aber nach oben und unten verschieblich, geht nicht von Leber, Milz und Genitalien aus. Die Operation zeigte, daß sie zwischen den Blättern des Lig. gastrocolicum entsprang, in die Bursa omentalis und zwischen Magen und Querkolon hineinwuchs, letztere weit auseinander drängend. Feste Verwachsungen mit der hinteren Magenwand und dem Querdarm. Nach Entfernung der Geschwulst ist der Querdarm 15 cm weit vom Mesokolon und großen

Netz abgelöst; das Stück wurde invaginiert und so durch Nähte fixiert, um die Operation nicht durch Darmresektion zu erschweren. Die bis zur Muskelschicht entblößte hintere Wand des Magens (Wunde hier 12 × 5 cm groß) wird mit Seide genäht, ebenso die Öffnung im Netz und die Bauchwand. 5 Tage lang Aufstoßen, Erbrechen, stinkende Stühle, dann Heilung. — Die Geschwulst war fast 3,5 kg schwer, zeigte den Bau eines Sarcoma fusocellulare myxomatodes.

Gückel (Kondal, Saratow).

55) J. B. Seldowitsch. Die Behandlung der Narbenstrikturen der Speiseröhre mittels Elektrolyse.

(Russkij Wratsch 1903. Nr. 1.)

Drei Fälle, Striktur nach Verätzung mit Salzsäure, resp. Acid. nitricum, resp. Cyankalium, alle 3 mit ziemlich unnachgiebigen Narben. Nr. 1 wurde in 3 Sitzungen von $8^1/_3$ auf 13 mm dilatiert, Nr. 2 in 3 Sitzungen von $3^1/_3$ auf 11 mm, Nr. 3 in 2 Sitzungen von 6 auf 10 mm. In den beiden ersten Fällen verengte sich die Öffnung während mehrerer Monate nach der Behandlung nur sehr wenig. — Verf. spricht sich warm für die Elektrolyse aus, die leider noch wenig geübt wird: im Handbuch von v. Bergmann, Bruns und v. Mikulicz wird sie z. B. nur kurz erwähnt.

Gückel (Kondal, Saratow).

56) Kopfstein (Jungbunzlau). Beitrag zur operativen Behandlung der vorderen eitrigen Mediastinitis.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 45 u. 46.)

Verf. beginnt mit einer Besprechung der Ätiologie und unterscheidet 1) traumatische (die seltenste), 2) aus der Umgebung fortgeleitete (die häufigste) und 3) metastatische vordere Mediastinitis. Nach Hare kommen auf 115 eitrige nur 16 nicht eitrige vordere Mediastinitiden. Die aus der Umgebung fortgeleiteten Formen entstehen bei Halsphlegmone, bei Pleuritis, Perikarditis, Caries sterni, Tuberkulose der Lymphdrüsen, Lungenkavernen, Entzündungen der Thymus, Perforation der Trachea etc. Die tuberkulösen Formen sind gutartiger und nehmen im allgemeinen einen chronischen Verlauf, die infektiöseitrigen dagegen führen leicht zu Sepsis; Perforationen nach außen, sowie in innere Organe hinein sind an der Tagesordnung. Die Resektion bezw. Trepanation des Brustbeines kann allein die Gefahren abwenden und Heilung bringen.

K. kann die Kasuistik um 4 Fälle bereichern. Das 1. Mal handelte es sich um eine Gasphlegmone des Halses, die er in Behandlung bekam, als sie schon das vordere Mediastinum ergriffen hatte (Todesfall). — Das 2. Mal handelte es sich um Karies des Brustbeines mit retrosternalem fungösem Abszeß. — Das 3. Mal hatte sich ein chronischer Eiterungsprozeß an den Stoß eines Kuhhorns gegen das Brustbein angeschlossen; im 3. Interkostalraume brach der Eiter nach vorn durch und bildete einen Abszeß unter der Brustmuskulatur. Erst bei der Operation klärte sich der eigentliche Sachverhalt auf. — Wie in den beiden letzten Fällen, so führte auch in dem 4. Falle die Operation zur Heilung. Es handelte sich um einen jungen Menschen, der seit einem Typhus von unzähligen metastatischen Weichteil- und Gelenkeiterungen geplagt wurde; die schwersten Erscheinungen aber machte eine enorme retrosternale Eiterung, die am Proc. xiphoideus, am 3. Rippenknorpel und am Halse nach außen perforierte; eine ungeheuere Phlegmone unter den Brustmuskeln trat hinzu. Das Einzelne des interessanten Falles, der durch große Spaltungen endlich glücklich verlief, muß im Original nachgelesen werden.

Schmieden (Bonn).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 11. Sonnabend, den 14. März. **1903.**

Über die einzelnen Phasen der Betäubung zu Beginn der Narkose.

Von

C. Hofmann in Köln-Kalk.

Einer praktisch sehr bedeutungsvollen Anregung von Sudeck[1], verdanken wir eine Narkotisierungsart, welche mehr als geeignet erscheint, erfolgreich und dauernd für viele kürzere Operationen die tiefe Narkose entbehrlich zu machen. Sudeck hat nämlich die Eigenschaft des Äthers, in geringer Dosis und kurze Zeit verabreicht schon schmerzaufhebend zu wirken, zuerst praktisch verwandt; er hat den von ihm in dieser Weise erreichten Zustand als Ätherrausch bezeichnet, und die Methode hat dann auch bei Ätherfreunden

[1] Sudeck, Zentralblatt für Chirurgie 1902. Nr. 13.

(Teweles[2], Ehrich[3], Küttner[4]) besonders Anklang und Nachahmung gefunden; in beschränkter Weise freilich bei anderen, da sich der eine wohl nicht mit der Anwendungsweise, ein anderer nicht mit dem Äther und ein dritter überhaupt mit der Idee einer so schnell und frühzeitig eintretenden Betäubung nicht befreunden konnte. Die Idee Sudeck's und ihre praktische Durchführung ist aber zweifellos nicht nur richtig, sondern schließt noch viel weitere Konsequenzen in sich. Der Rauschzustand wird nämlich nicht allein von dem Äther in der von Sudeck angegebenen Darreichungsform erzeugt, er ist sogar nicht einmal dem Äther als solchem eigentümlich, sondern tritt auch bei jeder Art der Chloroform- und Mischnarkose auf. Riedel[5] hat bereits auf einen ähnlichen, von ihm minimale Chloroformnarkose genannten Zustand hingewiesen, der aber zweifellos auch nicht nur in der von Riedel angegebenen Darreichungsweise (Tropfmethode, in 2 Minuten 80—100 Tropfen gegegeben) erzielt wird, sondern bei jeder anderen Narkotisierungsmethode auftritt. Wir müssen, und hierin liegt das Wesentliche der Frage, bei jeder Narkose ein Vorstadium, in welchem bei teilweiser Erhaltung des Bewußtseins die Schmerzempfindung, wenn auch nur kurz und vorübergehend, aufgehoben ist, von der viel später eintretenden Dauernarkose, bei welcher ja die Sinnesorgane völlig ausgeschaltet werden, unterscheiden. Man kann dieses lange vor dem Exzitationsstadium einsetzende narkotische Vorstadium gradezu als Frühnarkose im Gegensatz zur späteren Dauernarkose bezeichnen, weil die Ausschaltung der Schmerzempfindung, auf welche es ja bei der Narkose allein ankommt, vorübergehend eintritt zu einer Zeit wo die Sinnesorgane noch bis zu einem hohen Grade funktionieren können.

Von dem Auftreten dieser Frühnarkose kann man sich bei jeder in irgend einer der gangbaren Formen ausgeführten Allgemeinnarkose überzeugen. Sie tritt sehr bald und lange vor dem Exzitationsstadium ein und gibt sich äußerlich schon dem damit vertrauten und aufmerksamen Beobachter durch ein charakteristisches Verhalten des Pat. kund; wenn jemand zu Beginn der Narkose unruhig war, dann überkommt ihn eine gewisse Ruhe, oder wenn umgekehrt jemand ruhig gezählt hat und schwankt dann plötzlich in den Zahlen, zählt falsch etc., dann hat die Frühnarkose angefangen. Sie hält nun bei Unterbrechung der Narkose höchstens wenige Minuten an, dauert aber auch selbst bei Unterhaltung derselben in der angefangenen Weise nicht länger und geht in Ausnahmefällen fast momentan vorüber, so daß sie sogar unbemerkt bleiben kann. Ganz vermissen wird man sie aber bei genauer Beobachtung nie. Vom Eintreten derselben kann man sich am besten durch Kneifen

[2] Teweles, Wiener klin. Wochenschrift 1901. Nr. 37.
[3] Ehrich, Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 34.
[4] Küttner, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.
[5] Riedel, Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 27.





des Pat. an der Innenseite des Oberschenkels überzeugen. Verträgt er dies, dann wird er jeden sonst sehr schmerzhaften Eingriff nicht fühlen, wenn er auch das unbestimmte Bewußtsein der Ausführung hat.

Nicht leicht wird die Frage nach der Entstehung der Frühnarkose zu beantworten sein. Ehrich glaubt beim Sudeck'schen Ätherrausch dem psychischen Eindruck eine große Rolle zuschreiben zu müssen. Dem ist aber wohl nicht so; denn mir ist bereits vor Jahren, als ich mich näher mit der Äthertropfnarkose experimentell beschäftigte, dieses rasch vorübergehende narkotische Vorstadium zufällig aufgefallen und hat dann sogar wesentlich zur weiteren Ausgestaltung der Äthertropfmethode beigetragen. Von einer psychischen Einwirkung konnte dabei also keine Rede sein; denn was man nicht beabsichtigt, kann man auch nicht beeinflussen. Und so ist die von Ehrich schon abweichende Sudeck'sche Auffassung, nach welcher »die Anästhesie (des Ätherrausches) zum allergrößten Teil rein medikamentöse Ätherwirkung ist«, noch dahin zu erweitern, daß die Anästhesie der Frühnarkose auf ausschließlicher Wirkung des Narkotikums beruht. Diese narkotisierende Wirkung hängt wohl eng mit der Beobachtung[6] zusammen, daß sowohl Äther als auch Chloroform, in geringer Menge verabreicht, narkotisierend, in größerer dagegen in der nämlichen Zeit exzitierend (Exzitationsstadium!) wirken und dann erst bei weiterer Einverleibung größerer Dosen oft unter bedrohlichen Erscheinungen bezüglich der Herztätigkeit und der Atmung zur Dauernarkose führen, während bei langsamer Darreichung geringer Mengen meist ohne oder nur mit geringer Exzitation eine vollständige Betäubung erreicht wird. Wie die Wirkung im einzelnen vor sich geht, wissen wir ja leider nicht; so viel ist aber wohl sicher, daß jedes Narkotikum sehr bald ein kurzes, selbst beim ununterbrochenen Verabreichen des Mittels vorübergehendes Stadium der Anästhesie erzeugt, dem ein längeres durch eine geringere oder stärkere Exzitation zum Abschluß gebrachtes Stadium, in welchem keinerlei Anästhesie besteht, folgt, und das dann schließlich über die längst bekannte Halbnarkose hinweg zur vollen Dauernarkose führt. Die schon vor einer Reihe von Jahren von v. Mikulicz[7] für das Chloroform und neuerdings von Kronacher[8] für den Äther (koupierte Äthernarkose) empfohlene Halbnarkose ist, wie wir sehen, von der Frühnarkose grundverschieden. Sie treten beide zu verschiedenen Zeitpunkten auf, und außerdem läßt sich die Frühnarkose nicht protrahieren. Tut sie es scheinbar doch, dann handelt es sich bereits um die Halbnarkose, welche durch weitere Verabreichung des Narkotikums eintreten muß und es auch unbemerkt kann, da selbstverständlich bei der sehr großen individuellen Verschiedenheit die einzelnen Stadien des vorher gezeichneten Schemas

[6] cf. Hofmann, Zur Anwendung des Äthers als allgemeines Betäubungsmittel; Äthertropfnarkose. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV.

[7] v. Mikulicz, Berliner klin. Wochenschrift 1894. Nr. 46.

[8] Kronacher, Zentralblatt für Chirurgie 1901. Nr. 19. p. 489.

fast unbemerkt und oft schnell ineinander überfließen können. Dem darauf Achtenden werden die einzelnen Phasen aber doch nicht entgehen.

Vielleicht wird der Hinweis auf die Frühnarkose, die, wie gezeigt, bei jeder Narkotisierungsmethode, ob gewollt oder nicht gewollt, eintritt, dazu führen, daß ein recht ausgiebiger Gebrauch von ihr gemacht wird. Alle kurz dauernden, nicht absolutes Ruhighalten erfordernden Operationen können in ihr ausgeführt werden; tritt Schmerzäußerung ein, dann kann ruhig inzwischen mit dem Narkotisieren fortgefahren werden, und zwar in der dem Operateur jeweilig gelegensten Narkotisierungsart; die Fortsetzung der Operation geschieht dann in Halb- oder Vollnarkose. Es handelt sich für keinen Operateur um das Ausprobieren einer Neuheit, sondern nur um die geschickte Ausnutzung einer Narkosenphase, die für die Ausführung kleiner und Voroperationen wie geschaffen ist. Oft müssen vor größeren Eingriffen Fisteln ausgekratzt, Höhlen und Körperöffnungen tamponiert und vernäht werden etc.; alles Eingriffe, die, ohne die Herbeiführung der vollen Narkose zu beeinträchtigen, schon in der Frühnarkose zweckmäßigerweise ausgeführt werden. Daneben wird die Frühnarkose in der poliklinischen Tätigkeit und vor allen Dingen vom praktischen Arzte mit viel Vorteil angewandt werden können.

Ich selbst benutze zur Erzielung der Frühnarkose die Äthertropfmethode mit oder ohne vorherige Morphiumdarreichung; in der Regel genügen wenige Kubikcentimeter Äther, um in 1—2 Minuten das anästhetische Stadium zu erzielen. Die Pat. sind hinterher sofort wach und zweifellos auch nicht in dem bisherigen Sinne betäubt gewesen; denn noch jüngst versicherte mir eine sehr urteilsfähige und scharf beobachtende Dame, sie habe wohl gemerkt, empfunden, daß der Eingriff (große Inzision!) ausgeführt werde, sie habe auch alles gehört, aber keine Schmerzen gehabt.

---

1) **O. Witzel.** Wie sollen wir narkotisieren?

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 48.)

W., der lebhaft für die Äthernarkose in Form der Tropfmethode eintritt, bespricht in diesem Vortrage eingehend die Art ihrer Anwendung, die er für wesentlich schwieriger, aber auch gefahrloser, als die Chloroformnarkose, selbst mit dem Anschütz'schen Präparat, hält. $^{3}/_{4}$—1 Stunde vor der Operation wird Morphin verabfolgt, längere Zeit vorher der Mund und die Luftwege durch Mundspülungen, Einatmung von Kochsalzwasser- oder Terpentindämpfen möglichst desinfiziert, bei der Betäubung der Kranke mit tiefliegendem Kopfe bei stark hintenüber gebeugtem Nacken gelagert und für Ventilation der Luftwege mittels systematischer Atembewegungen gesorgt. In schwierigen Fällen werden in der Zeit vor Eintritt der Toleranz 15—30 Tropfen Chloroform auf die Maske geträufelt, als-

dann mit dem Äther weiter fortgefahren; von letzterem wurden bei kurzen Operationen ca. 50—70, bei längeren ca. 100 g verbraucht. — Nach der Operation mildert die Zufuhr frischer Luft, verbunden mit Mundspülungen, die Neigung zum Erbrechen, die nach der W.'schen Methode aber überhaupt gering ist. Sorge für systematische, tiefe Atmung, möglichst frühzeitiges Aufstehenlassen der Operierten bezw. öfterer Lagewechsel derselben, event., wie auch in den Tagen vor der Operation, Strophantus mit Digitalis kommen weiter zur Anwendung. — Zum Schluß erwähnt W. noch, daß er in einigen Fällen von vorzüglich erreichter Betäubung mittels Morphin-Scopolamineinspritzungen Herzschwäche als Folge der Scopolamindarreichung beobachtet hat.

Kramer (Glogau).

---

2) **H. Gotard.** Die Bedeutung des Chloroforms bei plötzlichen Todesfällen während der Operation.

(Gaz. lekarska 1902. Nr. 49.)

Auf Grund eigener Beobachtungen, sowie eines genauen Studiums der Literatur gelangt Verf. zu dem Schlusse, daß die plötzlichen Todesfälle zu Beginn der Operation, wo entweder noch gar kein Chloroform oder kaum einige Tropfen verwendet wurden, als Chok zu deuten sind, und bei rechtzeitiger Berücksichtigung desselben sowie sachgemäßer Rettungsaktion eine Wiederbelebung in der Regel möglich ist.

Trzebicky (Krakau).

---

3) **F. v. Winckel.** Über Narkosen mit dem Schleich'schen Gemisch I.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 1.)

v. W. kommt auf Grund der sehr sorgfältig verzeichneten Beobachtungen, welche in ca. 100 Fällen von Narkose mit dem aus Äthylchlorid, Chloroform und Aether. sulf. bestehenden Gemisch gemacht wurden, zu dem Ergebnis, daß dieses Gemisch I Schleich's vor dem Äthergebrauch mindestens keine wesentlichen Vorzüge habe, daß bei demselben bedrohliche Zustände während und nach der Narkose sogar noch häufiger als bei letzterem eintreten, trotzdem die Zeit und das Quantum des Verbrauchs geringer wie bei diesem sind.

Kramer (Glogau).

---

4) **H. Girard.** Le chlorure d'éthyle en anesthésie générale.

(Revue de chir. 1902. Nr. 10—12.)

Die ausführliche Arbeit behandelt das Thema nach allen Richtungen gleich gründlich. Zwar verfügt G. über nur 78 Beobachtungen an Menschen, doch hat er seine Kenntnis der Chloräthylwirkung durch zahlreiche Tierversuche vertieft.

Im allgemeinen werden die Angaben früherer Autoren (König, Wiesner u. a. m.) bestätigt und das Chloräthyl als Allgemeinanästhetikum zahlreicher Vorteile wegen gepriesen.

Sie bestehen 1) in der schnell narkotisierenden Wirkung, die nach 30 Sekunden bis spätestens 5 Minuten vollständig ist (seltene Mißerfolge ausgenommen), 2) in dem angenehmen Geruch des Mittels, 3) seiner Eigenschaft, die Schleimhäute nicht zu reizen, so daß es ohne Widerwillen eingeatmet wird und keine Reflexkrämpfe erzeugt, 4) im Fehlen heftiger Exzitationen in der pränarkotischen Periode. Der Rausch ist ein absoluter und hinterläßt auch bei kürzester Dauer keinerlei unangenehme Erinnerung. Das Erbrechen fehlt in mehr als der Hälfte der Fälle nach dem schnellen, bald vollständigen Erwachen; die Operierten fühlen sich bald beschwerdefrei.

Bei diesen Vorzügen eignet sich das Chloräthyl in erster Linie als Einleitung der Chloroformnarkose, indem Zeit gespart und deren heftiger Exzitation und Kehlkopfreflexen vorgebeugt wird, sowie zur Erzielung kurzer Narkosen für kleinere Eingriffe, Reduktionen, Inzisionen, Dehnungen etc. Jedoch gelingt es bei richtiger Technik und Aufmerksamkeit, die Anästhesie für 40—50 Minuten (Wiesner) zu unterhalten.

Hierbei verwendet G. eine Maske mit Doppelklappenventil nach Hirschler-Clover; dieselbe muß sicher arbeiten und dem Gesicht fest anliegen. Der schellenförmige, mit Watte gefüllte Rezipient wird aus 50 ccm haltigen graduierten Tuben (mit nicht zu feinem Strahl) mit ca. 5—6 ccm Chloräthyl beschickt. Weite Pupillen und Erlöschen der Palpebralreflexe zeigen den Eintritt der allgemeinen Narkose an. Nur die natürlichen Öffnungen behalten eine gewisse Empfindlichkeit (vor allem der After). Sobald der Palpebralreflex wieder bemerkbar ist, gieße man sofort auf, denn das Erwachen ist höchst peinlich, weil völlig, mit lebhafter Exzitation und Überempfindlichkeit verbunden. Deshalb erfordert die verlängerte Chloräthylnarkose gespannte Aufmerksamkeit.

Den großen Vorteilen gegenüber, die das Chloräthyl als Narkotikum bietet, ist zu betonen, daß mehrtägige Albuminurie wiederholt danach beobachtet wurde — auch bei Tieren — und zur Vorsicht mahnt.

Bei Tierexperimenten konnte Verf. feststellen, daß nur hochgradige Sättigung des Körpers mit Chloräthyl zum Tode führe. Wenn sich die Behauptungen König's bestätigen ließen, daß es die Erregbarkeit des Vagus fast völlig aufhebe, so wäre dadurch eine große Garantie für die Vermeidbarkeit der Synkope gegeben.

Daß die Arbeit weiteste Beachtung verdient, braucht wohl kaum besonders begründet zu werden.

Christel (Metz).

5) **Tuffier.** L'analgésie cocaïnique par voie rachidienne.
(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 413.)

6) **Chaput.** De la cocaïnisation lombaire.
(Ibid. p. 451.)

7) **Vincent** (Alger). Sur la méthode d'anesthésie par la cocaïnisation rachidienne.
(Ibid. p. 587.)

T. hat zur Zeit vielleicht die größte Erfahrung über den Wert der Anästhesie durch Injektion von Cocain in den Subarachnoidalraum des Rückenmarkes; er benutzte sie bei nicht weniger als 400 Operationen. Die von anderen gemachten schlimmen Erfahrungen glaubt er auf fehlerhafte Technik schieben zu müssen; er verlangt deshalb strenges Festhalten an folgenden Vorschriften:

Der Kranke muß außerhalb des Operationssaales analgesiert werden, damit die schreckhaften Einflüsse des letzteren wegfallen. Die Injektion darf nicht mittels Trokars, sondern muß mit einer Kapillarnadel mit nicht zu langer, aber auch nicht zu kurzer Schneide vorgenommen werden. Als beste Injektionsflüssigkeit fand T. eine 2%ige salzsaure Cocainlösung; schwächere Lösungen oder Eukain oder Tropacocain bewährten sich nicht so gut. Die Punktion soll in Höhe der Verbindungslinie beider Hüftbeinkämme ausgeführt werden. Schwierigkeiten in der Ausführung der Punktion und Injektion kennt T. nicht. Sowie die Cerebrospinalflüssigkeit beginnt abzufließen, wird sofort die Cocainlösung mit einer gut schließenden Pravaz-schen Spritze, und zwar ganz langsam — mehr als eine Minute für 1 g Flüssigkeit — injiziert. Bei schneller Injektion dehnt sich die Analgesie weiter aus und reicht höher hinauf. Gewöhnlich beginnt die Schmerzlosigkeit an den unteren Extremitäten, zuweilen aber an den Genitalien. Aufwärts reicht sie bis zum Epigastrium, bei schnellerer Einspritzung und einer Dose von 3 cg aber bis zu den oberen zwei Dritteln des Brustkorbs.

Bei Beachtung vorerwähnter Regeln hält T. die Methode für ungefährlich. Als unangenehme Begleiterscheinungen erwähnt er nur Erbrechen während und langanhaltendes Kopfweh nach der Operation. Die Sterblichkeit infolge der Cocainanästhesie während der Operation sei gleich Null; alle Todesfälle, die man der Methode zur Last gelegt hat, seien erst nach der Operation erfolgt. Die von Reclus, welcher eine Sterblichkeit von 6 auf 2000 ausrechnet, angeführten Todesfälle läßt er nicht gelten, sucht vielmehr im einzelnen nachzuweisen, daß sie nicht Folgen der Cocainanästhesie seien.

C. hat die Cocainisierung des Rückenmarkes 57mal ausgeführt. Er sagt, er habe die Methode Tuffier's adoptiert, weicht aber doch in Einzelheiten der Technik von ihm ab. So benutzt er eine 1%ige Cocainlösung und injiziert sie fast stets schnell. Von 51 Fällen, über welche er genaue Aufzeichnungen besitzt, war die Anästhesie vollkommen in 35, ziemlich gut in 11 und ungenügend, so daß

Chloroform gereicht werden mußte, in 5 Fällen. Die Mißerfolge waren viel zahlreicher bei Frauen als bei Männern. Die Höhe, bis zu welcher die Anästhesie hinaufreichte, hängt zwar nicht absolut, aber im allgemeinen doch in gewissem Grade von der injizierten Dosis des Cocains ab. Dosen von $1^1/_2$ cg genügten in der Regel für Operationen an den unteren Extremitäten, solche von 2 cg für Operationen am Rumpf unterhalb des Brustbeines; $2^1/_2$—3 cg wurden verabreicht für Operationen an der oberen Hälfte des Brustkorbes und an den oberen Extremitäten. Für letztere empfiehlt C. indes mehr die allgemeine Narkose. — Erbrechen während der Operation hatte 20mal statt und fehlte in 28 Fällen, war seltener beim Mann wie der Frau. — Der Puls wird stark beschleunigt und leicht unterdrückbar, in einigen Fällen war er fadenförmig, sogar unfühlbar. Überstieg die Pulsfrequenz 120 Schläge pro Minute, so stellte sich oft lebhaftes Augstgefühl ein, doch angeblich nie wirklich bedrohliche Zustände. — Temperatursteigerung nach der Cocainisierung wurde unter 38 Fällen 28mal beobachtet, bald nur gering, bald bis 39° und 40°, aber ohne sonstige Störung des Allgemeinbefindens. Postoperatives Erbrechen wurde nur 9mal in 42 Fällen verzeichnet, 2mal aber 5 Tage lang unstillbar. — Sehr häufig und lästig folgte intensiver Kopfschmerz von mehrtägiger Dauer.

Als Vorteile der Anästhesie mittels Cocain bezeichnet C. das Fehlen von Chok, die Unschädlichkeit für Nieren und Leber. Kontraindiziert hält C. die Methode bei Kindern, nervösen Personen schwierigen Laparotomien.

V., der die Cocainisierung des Rückenmarkes bei 100 Operationen versuchte, bestätigt im allgemeinen die Angaben Tuffier's, hat wirklich beunruhigende Störungen bei keinem Pat. beobachtet.

Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes erscheint es nicht ohne Interesse, die in der langen sich anschließenden Diskussion laut gewordenen Stimmen anderer Chirurgen in aller Kürze wiederzugeben:

Nélaton beobachtete unter 150 Fällen fünf völlige Mißerfolge, gänzliches Ausbleiben oder ungenügende Anästhesie; in einem Falle gab der Zustand des Pat. 8 Minuten nach der Injektion zu hochgradigster Besorgnis Anlaß; der Puls fehlte vollständig, unaufhörliches Oppressionsgefühl, gewaltigste Unruhe quälten den Kranken; erst nach $^1/_4$ Stunde besserte sich sein Befinden. In 45 Fällen, von N. als mittelmäßige Resultate bezeichnet, bestanden Blässe, kalter Schweiß, allgemeines Unbehagen, Kopfschmerz, Erbrechen, Beschleunigung und Kleinheit des Pulses, ohne daß jedoch der Zustand des Operierten ernste Besorgnis erweckte; 80mal war das Resultat ein gutes, 20mal sogar ein vorzügliches. N. hält die Cocainisierung des Rückenmarkes für indiziert bei allen kurzdauernden typischen Operationen am Becken und den unteren Extremitäten, bevorzugt bei atypischen, lang dauernden, insbesondere auch bei Laparotomien aber die allgemeine Narkose.

Schwartz hält die Technik der Punktion und Injektion nicht für so leicht wie Tuffier, versuchte 6mal vergebens in den Wirbelkanal zu gelangen. Die Zahl der Fälle, in denen die Cocaininjektion ohne jede Störung vertragen wird, hält er für klein; fast immer kommt es zu Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen. Für schwere Operationen, bei denen sich unvorhergesehene Zufälle ereignen können, insbesondere Laparotomien, hält er die Methode nicht für empfehlenswert, will sie aber für andere Fälle weiter versuchen.

Ricard sah von dem Verfahren so beängstigende Erscheinungen, daß er es wieder aufgegeben hat und erst bessere ermutigendere Resultate anderer Chirurgen abwarten will.

Reclus war wohl einer der ersten in Frankreich, der den Enthusiasmus für die Çocainisierung des Rückenmarkes zu dämpfen suchte. Er verwirft das Verfahren nicht, hält es aber zur Zeit noch im Erfolg für unsicher, unbeständig und nicht ungefährlich. Die Anästhesie bleibt in einigen Fällen, trotz anscheinend gut gelungener Injektion, ganz aus, in anderen tritt sie zu spät ein, erst nach $^1/_2$, 1, ja $1^1/_2$ Stunden, in noch anderen hört sie zu früh wieder auf. Eine der drei hauptsächlichen Störungen, Erbrechen, Kopfschmerz, Temperatursteigerung ist fast immer zu beobachten, nicht selten aber alle drei zugleich. Bei Operationen am Damme störe oft auch eine Paralyse der Schließmuskeln, Inkontinenz von Urin und Stuhl. Im Gegensatz zu Tuffier glaubt er eine Anzahl kurz nach der Operation erfolgter Todesfälle der Cocainisierung des Rückenmarkes zur Last legen zu müssen. Er hält eine Vervollkommnung des Verfahrens für möglich und erstrebenswert, will es, sowie es jetzt ist, auf Ausnahmefälle beschränkt wissen und hält es im allgemeinen auch der Allgemeinnarkose und lokalen Anästhesie nicht für gleichwertig. — Gegenüber Tuffier, der die Ehre der Priorität dem Amerikaner Corning zuweisen will, verficht er energisch die Rechte Bier's.

Bazy macht an der Hand einer Beobachtung auf die Nachteile aufmerksam, die die lumbale Cocaininjektion bei Blasenoperationen haben, ja die Lithotripsie unmöglich machen kann. Infolge der Sphinkterenlähmung läßt sich die Blase nicht füllen, die Injektionsflüssigkeit fließt neben dem Katheter sofort wieder zurück; dabei stört die Schlaffheit der Blasenwand das feine Gefühl. Solange die Methode nicht völlig gefahrlos sei, verwirft er sie.

Lejars spricht sich nur sehr bedingt für die Methode aus.

Poirier faßt sein Urteil dahin zusammen, daß die lumbale Cocaininjektion zwar für alle Operationen an den unteren Extremitäten benutzt werden kann, daß er ihr aber bei leichten Eingriffen die lokale Anästhesie, bei schweren die Chloroformnarkose vorziehe, namentlich auch bei Laparotomien.

Legueu ist auf Grund seiner Erfahrungen an 150 Fällen mit der Methode zufrieden; Mißerfolge hatte er nur 4mal zu verzeichnen; die Gefahren hält er nicht für größer, wie die der Chloroformnarkose. Als häufig sehr erheblichen Vorteil der Methode betont er, daß die

Pat. während der Operation bei Bewußtsein und dispositionsfähig bleiben.

Bezüglich der Technik hebt Guinard noch hervor, es sei wohl zweckmäßig, zur Vermeidung von Drucksteigerung innerhalb des Subarachnoidealraumes vor der Cocaininjektion eine gleiche Menge Cerebrospinalflüssigkeit abfließen zu lassen, als man Cocainlösung zu in jizieren gedenkt. Er glaubt, seine günstigen Resultate zum Teil der Beachtung dieses Punktes zuschreiben zu dürfen.

Reichel (Chemnitz).

8) **W. Kolle** und **A. Wassermann.** Handbuch der pathogenen Mikroorganismen (Lieferung 6—7, Atlas Lieferung 3).

Jena, **Gustav Fischer,** 1902.

Mit dem vorliegenden Heft beginnt der zweite Band des Werkes, in welchem die einzelnen Infektionserreger und die durch dieselben veranlaßten Krankheiten eine eingehende Darstellung finden. Es werden zunächst behandelt: Der Milzbrand von Sobernheim, die Tuberkulose von Cornet und Meyer, die Lepra von Hansen, der Typhus von Neufeld und die Dysenterie von Lentz. Besonders hervorgehoben aus allen diesen Kapiteln sei dasjenige, welches sich mit der Tuberkulose beschäftigt, indem dasselbe einerseits für den allgemeinen Praktiker wohl das meiste Interesse bietet, andererseits aber auch wegen der Genauigkeit, Übersichtlichkeit und Formvollendung in der Darstellung einer speziellen Erwähnung bedarf. Die Morphologie, Chemie und Biologie der Tuberkelbazillen, die Färbemethoden, die histologische Wirkung der Tuberkel u. a. werden in eingehender Weise geschildert. Auch die Tuberkulose der Tiere, sowie die Infektionswege werden behandelt, desgleichen die Vererbung und die Disposition. Gehoben und besonders veranschaulicht wird die Darstellung durch eine Reihe wohlgelungener Bilder, wie solche auch den übrigen Kapiteln in großer Zahl beigegeben sind.

Im allgemeinen kann von dem vorliegenden Heft nichts Anderes gesagt werden, als dasjenige, was bereits von den früheren Heften gesagt wurde. Je mehr man sich in das Werk und seine eigenartige Darstellungsweise einarbeitet, um so mehr kann man nur ein Studium des Werkes aufs wärmste empfehlen. Die 3. Lieferung des Atlas enthält neben einer Tafel mit Mikrophotogrammen noch eine Tafel mit Abbildungen von Kulturen, in natürlicher Größe dargestellt. Es sind diese Bilder wohl unzweifelhaft das Glänzendste, was wir darin zu Gesicht bekommen können.

Silberberg (Breslau).

9) **G. de Rouville.** Consultations sur les maladies des voies urinaires à l'usage des praticiens.

Paris, **J.-B. Baillière et fils,** 1903.

Das Buch gibt nach alphabetisch geordneten Stichworten einen Überblick über die Ätiologie, Symptomatologie und vor allem über



die Therapie der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen der Harnorgane, sowie über einige besonders wichtige Untersuchungsmethoden, z. B. Nierentastung, Harnröhrensondierung, Untersuchung auf Blasensteine etc.

Es ist nach Art eines Repetitoriums ausschließlich nach praktischen Gesichtspunkten geschrieben und hat die Vorzüge eines guten derartigen Buches (scharfe Disposition, gute Übersichtlichkeit aller in Betracht kommenden Faktoren). Es gibt aber einerseits dem praktischen Arzte viel zu viel, indem viele der angeführten diagnostischen und therapeutischen Eingriffe große manuelle Geschicklichkeit und bedeutende chirurgische Erfahrung, sowie einen überreichen Vorrat der feinsten urologischen Instrumente erfordern; andererseits viel zu wenig, indem z. B. die bahnbrechende Methode der Cystoskopie auf $^1/_4$ Seite gerade nur erwähnt wird.

Vergleicht man hiermit die Art, wie in unserer Literatur das gleiche Thema für den praktischen Arzt in gleicher Kürze, aber in zusammenhängender, wissenschaftlicher Form, z. B. von Posner, behandelt ist, so wird man für uns die Bedürfnisfrage nach vorliegendem Werke nicht bejahen können. **Willi Hirt** (Breslau).

---

10) G. A. Jastreboff. Quelques particularités sur les caractères microscopiques de la prostate et de la vessie des vieillards se rapportant à la modification anatomique de ces organes consécutive aux phénomènes de dysurie qu'on observe fréquemment à cet âge.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XX. Hft 10.)

Die Untersuchungsergebnisse des Verf. sind folgende: Die mikroskopische Struktur der Prostata der Greise zeigt außerordentlich große Verschiedenheiten, so daß es unmöglich ist, einen bestimmten Typus aufzustellen. Man kann nur sagen, daß in einer großen Anzahl von Fällen eine reichliche Entwicklung von intermediärem Gewebe stattfindet, und zwar entwickelt sich reichliches Bindegewebe auf Kosten des Drüsengewebes. Vor allen Dingen aber zeigt das intraglanduläre Bindegewebe der Prostata der Greise eine auffallende Verminderung, ja ein völliges Verschwinden der elastischen Fasern. Hand in Hand hiermit geht eine Erweiterung der intraglandulären Zonen. Beide Umstände begünstigen das häufige Vorkommen von Kongestivzuständen der Drüse, die mit einer Vergrößerung ihres Volumens einhergehen und dadurch die Urinentleerung noch mehr hindern.

Die gleichen histologischen Veränderungen finden sich in der Blase der Greise: Verminderung resp. Verschwinden der elastischen Fasern und Erweiterung der Venen in der Blasenwand; hierzu kommt dann noch eine Atrophie der Muskulatur. Alle diese Umstände begünstigen das häufige Vorkommen von Kongestivzuständen der Blase, die wiederum ihre Funktion mehr und mehr beeinträchtigen. Die

Atrophie der Muskeln und das Verschwinden der elastischen Fasern in dem Bindegewebe der Blase gehen parallel und stehen unter dem Einflusse des Alters. Diese Veränderungen sind um so ausgesprochener, wenn hierzu noch chronische Krankheitsprozesse der Blase kommen, passive Dilatationen von Retentionen etc.

Paul Wagner (Leipzig).

---

11) **P. Delbet.** Prostatectomie périnéale. Technique et instrumentation.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XX. Hft. 10.)

Die vorliegende Arbeit enthält eine genaue, mit zahlreichen Abbildungen versehene Beschreibung der Technik der perinealen Prostatektomie; sie eignet sich nicht zu einem kurzen Referate und muß im Originale nachgelesen werden. Es sei hier nur nochmals hervorgehoben, daß D. in der Hauptsache nur zwei Behandlungsmethoden bei Prostatikern empfiehlt: die Sondenbehandlung und die perineale Prostatektomie. Letztere stellt immerhin einen ernsten Eingriff dar und ist nur dann indiziert, wenn die schweren funktionellen Symptome einer regelmäßigen Katheterbehandlung, Blasenausspülungen etc. nicht weichen und der Kranke mehr und mehr herunterkommt.

Paul Wagner (Leipzig).

---

12) **P. Ferraresi.** Di una modificazione nella cistotomia soprapubica.

(Policlinico 1902. Nr. 11.)

Zur Vereinfachung und Sicherung der Blasennaht empfiehlt F. folgende Modifikation: Bevor die Schleimhaut eingeschnitten wird, entfernt man aus der Muskularis ein eliptisches Stück und legt durch die freigelegte Submukosa beiderseits eine Reihe von Fäden, welche mit sich selbst geknüpft werden; je ein Ende wird abgeschnitten, die anderen bleiben lang; nach Beendigung der Operation werden je zwei gegenüberliegende Fäden miteinander geknüpft und dadurch die Submukosaränder breit und gleichmäßig aneinander gebracht. Die Muskularis wird fortlaufend geschlossen.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

13) **H. Delore.** De l'ectopie congénitale du rein.

(Revue de chir. XXII. ann. Nr. 9.)

Angeborene Verlagerungen der Nieren haben wiederholt zu diagnostischen Irrtümern und folgerecht zu therapeutischen Mißgriffen geführt. Obwohl nicht so selten als man annimmt, sind die angeborenen Verlagerungen der Niere noch immer nicht so genau in ihrem anatomischen und pathologischen Verhalten bekannt, daß die Mitteilung neuer Beobachtungen nicht erwünscht wäre.

Zuvörderst ist festzustellen, daß die angeboren verlagerte Niere sich von der erworbenen Wanderniere in mancher Hinsicht unter-

scheidet. Abgesehen von der Hufeisenniere, welche einen Typus für sich bildet, gibt es für die angeborene ektopische Niere etwa folgende Kriterien:

1) ist ihre Gefäßversorgung eine unregelmäßige; es können mehrere Arterienstämme — vor allem aus der Aorta und benachbarten Gefäßen — in sie eintreten; daher ist

2) ihre Einbettung eine ziemlich feste, ihre Gestalt nicht die exquisit bohnenförmige, sondern öfters flach, oval;

3) ist der Harnleiter, da ektopische Nieren meist tiefer als normal liegen, kürzer als z. B. der bei Wandernieren und von gestrecktem Verlaufe;

4) beobachtet man öfters, daß die ektopische Niere von geringerem Volumen als die normal gelagerte ist. Merkwürdigerweise ist es häufiger die linke Niere, die angeborene Lageanomalien aufweist, nach Newmann's Statistik über 21 Fälle 15mal gegen 6mal rechts.

Klinisch tritt die Verlagerung entweder gar nicht oder in undeutlichen Störungen zutage, welche z. B. die Verdauung betreffen, etwa durch Kompression benachbarter Darmteile. Mehrfach sind es kolikähnliche Schmerzanfälle, die so unerträglich und häufig werden können, daß sie zu Kachexie führen — Fall I des Verf. —, ohne daß eine befriedigende Erklärung hierfür gegeben sei.

In manchen Fällen wird die Erkennung der ektopischen Niere durch Palpation, Fehlen der normalen Nierendämpfung, Röntgenbild, event. Sondierung der Harnleiter möglich sein, in anderen nicht.

Erfordern schmerzhafte Zufälle oder andere Folgeerscheinungen der abnormen Lage (Hydronephrose) chirurgisches Vorgehen, so wird bei sichergestellter Funktionstüchtigkeit der anderen Niere im wesentlichen die Exstirpation der ektopischen Niere, und zwar transperitoneal vorzunehmen sein. Man darf sich dabei reichlicher Blutung aus dem Nierenbette gewärtigen. **Christel** (Metz).

---

14) **J. Swain.** The indications for treatment in nephroptosis.

(Bristol med.-chir. journ. 1902. Dezember.)

Verf. stellt auf Grund von 60 Fällen folgende Anzeigen für die Behandlung der Wanderniere auf:

Mast- und Ruhekuren kommen nur bei einzelnen frischen Fällen leichten Grades mit starker Abmagerung in Betracht, die Mehrzahl der Fälle erfordert orthopädische oder operative Behandlung; und zwar sollen Kranke mit nicht allzustarker Verlagerung, solche mit hysterischen oder neurasthenischen Symptomen oder Fälle, in denen die Nephroptose nur eine Teilerscheinung einer allgemeinen Splanchnoptose ist, mit Bandagen behandelt werden. Die von Verf. beschriebene und abgebildete Bandage sucht den oft unerträglichen Druck der Pelotten bei den älteren Konstruktionen zu vermeiden. Die Nephropexie muß auf die Fälle beschränkt werden, bei denen

die orthopädische Behandlung versagt, besonders bei sehr großer Beweglichkeit der Niere mit Erscheinungen »gastrischer Krisen« oder von Stieldrehung der Nierengefäße, zumal auch bei gleichzeitiger Hydronephrose. **Mohr** (Bielefeld).

---

15) **A. Mackenrodt.** Laparotomia hypogastrica extraperitonealis zur Heilung des Gebärmutterscheidenkrebses und des Mastdarmkrebses.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 38.)

Die Überzeugung von der Inferiorität der vaginalen Totalexstirpation des Uterus hat Verf. veranlaßt, nach besseren technischen Mitteln zu suchen, um eine wirkliche radikale Entfernung der Gebärmutter mit allen Drüsen auf abdominalem Wege unter Umgehung der Lebensgefahr zu erzielen. Leitend waren dabei die Gedanken: 1) den Zugang zum Beckenbindegewebe genügend übersichtlich zu schaffen, 2) die große Gefahr der Peritonitis auszuschalten, 3) durch eine ausreichende Wundversorgung der großen Beckenbindegewebswunden der Gefahr der Bindegewebsphlegmone zu begegnen.

Zungenförmiger Schnitt, welcher die Muskelansätze der Recti an der Symphyse abtrennt, ohne Eröffnung des Bauchfells. An der Grenze der Rect. abdom. geht der Schnitt extraperitoneal in die Höhe bis in die Zone der Spin. ant. sup. Eröffnung des Bauchfells über der Blasengrenze, Anheftung der Blasenwand mit einigen Suturen unter der Symphyse, Abbindung der Adnexe und Abschneidung derselben von der Beckenwand. Vernähung des Bauchfells der vorderen Bauchwand auf die hintere Beckenwand über den Mastdarm hinweg quer von einer Seite zur anderen, dadurch Abschluß der Bauchhöhle. Entfernung des Uterus mit Parametrien, Zurückschiebung des seitlich im Becken den Wänden anhaftenden Bauchfells, Entfernung des ganzen Bindegewebes mit den eingebetteten Drüsen. Wundversorgung: Ein Gazedrain wird über den Mastdarm nach der Scheide herausgeleitet, darüber die Blase mit Blasenbauchfell hinübergezogen und mit der hinteren Beckenwand vernäht. Die Drüsenhöhlen werden mit Mikulicz'schen Tamponbäuschchen fest ausgestopft und diese breit durch die Seitenschnitte des zungenförmigen Lappens herausgeleitet. Annähung der abgetrennten Recti an die Symphyse mit versenkten Silberdrahtnähten. Hautmuskelnähte mit Silkfäden. Verband.

M. hat 11 der kompliziertesten und teilweise bis an die äußerste Grenze vorgeschrittenen Fälle bis auf einen, der an einem Herzfehler zugrunde ging, glücklich verlaufen sehen, obwohl er sich nicht scheute, die Blase zu resezieren, bei jauchiger Pyometra zu operieren, Drüsen sogar von der Aorta zu entfernen, die ganze Scheide bis an die Vulva zu exstirpieren, ja mit dem Uterus die ganze Ampulla recti zu entfernen.

Beim Carcinoma recti ist M. denselben Weg gegangen, auf welchem man den ganzen Mastdarm, ja das Kolon mit allem zugehörigem Bindegewebe so hoch als beliebt auslösen und das Ende in den Sphinkter einnähen kann, und der es ermöglicht, die hypogastrischen, wie auch die inneren Leistendrüsen und alle zum Mastdarm gehörigen Beckendrüsen radikal auszuräumen.

Langemak (Rostock).

Kleinere Mitteilungen.

16) 53. Jahresversammlung der Amer. med. assoc.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1902.)

(Fortsetzung.)

Beck spricht eingehend über die Behandlung der typischen Radiusfraktur sowohl wie ihrer abweichenden Formen und betont dabei hauptsächlich die Benutzung der Röntgenstrahlen und ihre Vorteile.

Lieberthal: Sarcomatosis cutis.

Eingehende Beschreibung zweier von ihm beobachteter Fälle; er kommt unter genauer Vergleichung derselben, makroskopisch und mikroskopisch, zu dem Schlusse, daß zwischen den beiden Formen Kaposi's: Sarcoma multiplex haemorrhagicum idiopathicum und Sarcomatosis cutis kein wirklicher Unterschied besteht. Der scheinbare besteht hauptsächlich in den sekundären Veränderungen. Während eine Anzahl Fälle diesen nicht unterworfen und dadurch der Behandlung und Heilung leichter zugänglich ist, geht die Mehrzahl solche ein und bietet dadurch schlechtere Aussichten.

In der Diskussion tritt Gottheil (New York) Lieberthal's Behauptung bei; Hartzell (Philadelphia) stellt fest, daß die Dermatologen mit »Sarkomatose« der Haut ganz andere Krankheitserscheinungen bezeichnen als die Chirurgen mit Sarkom, daß das Gewebe der »Sarkomatose« dem Sarkomgewebe wohl ähnlich sehe oder gleiche, aber trotzdem, wie der langsame Verlauf zeigt, die Krankheit eine ganz andere Bedeutung habe, als die schnell Metastasen erzeugenden und den Tod herbeiführenden echten »Sarkome«.

Deaver: Critical review of 416 cases of appendicitis.

Im Deutschen Hospital in Philadelphia wurden im Jahre 1901 416 Fälle von Appendicitis operiert, 279 akute Entzündungen, darunter 41 bei Kindern unter 12 Jahren, 137 chronische Formen, davon 3 bei Kindern. Bei den akuten Fällen waren im ganzen 15,3% Todesfälle, bei den chronischen 0,7%. Es folgen weitere statistische Angaben über Ursache und Komplikationen, ebenso über die Zeit der Operation nach Beginn der Erkrankung, Art der Operation, Todesfälle und ihre Ursachen, einzelne Krankengeschichten. D. steht auf einem sehr radikalen Standpunkt. Appendicitis ist für ihn eine rein chirurgische Krankheit. Seine Anschauungen sind kurz zusammengefaßt folgende: Frühzeitige Operation ist gleichbedeutend mit Dauerheilung. Mit Sicherheit erhält man ein gutes Ergebnis, wenn man sehr frühzeitig operiert, dann, wenn erst eine »appendicitische Kolik«, noch keine entwickelte Entzündung vorliegt. Verzögerung der Operation führt Verzögerung der Heilung oder Todesgefahr herbei. Lieber soll man einen gesunden Wurmfortsatz entfernen, als durch Unterlassung der Operation ein Leben gefährden.

Syms steht auf demselben Standpunkte und teilt 9 Fälle von tödlich verlaufener Appendicitis mit unter Darlegung der Gründe des Todes. Bei allen lag schon bei der Operation septische Peritonitis vor, bei 7 perforative oder brandige Form, bei allen war die Operation zu spät vorgenommen. Er betont besonders, daß auch er die Appendicitis für eine chirurgische Krankheit hält. Sein Verfahren besteht aus 1) Palliativbehandlung. Sie soll stets nur die Operation aufschieben, nie sie

umgehen; sie wird nur angewandt, wenn Gegenanzeige gegen Operation besteht. Pat. soll strengste Bettruhe einhalten, er bekommt auf die Blinddarmgegend ein Pflaster aus dick mit grüner Seife bestrichener Leinwand, darüber Eisbeutel. Tägliche Darmentleerung durch Klystiere mit Seifenwasser; der Magen wird nur bei bestehendem Erbrechen zur Ruhe gestellt, andernfalls Milch oder Fleischbrühe, nie feste Nahrung. Genaue Puls- und Temperaturmessung alle 4 Stunden. Niemals Opium außer bei plötzlichem Durchbrüche; stets alles zu sofortiger Operation bereit halten. — Bei der Operation in der Zwischenzeit wird der Schnitt nach außen vom Rectus parallel zum Obliq. ext. gemacht, der Wurmfortsatz, wenn nicht verwachsen, vorgezogen, abgetragen, der Stumpf eingestülpt. Nach 8 Tagen steht Pat. auf, nach 14 geht er seiner gewohnten Beschäftigung nach. Bei Operation der frischen Appendicitis mit Abszeß kommt alles auf Schutz des gesunden Bauchfelles an, was durch Gaze- oder Schwammpackungen geschieht. Die Appendix soll stets entfernt werden, wenn dies ohne Zerstörung von Verklebungen geschehen kann; nach Ausführung der Abtragung wird tamponiert, ein Teil der Bauchwunde genäht. Liegt Durchbruch des Wurmfortsatzes mit Peritonitis vor, so läuft die Operation auf eine völlige Reinigung der Bauchhöhle hinaus, bei welcher S. so weit geht, daß er bei genügendem Kräftezustand den gesamten Darm vorzieht und Schlinge für Schlinge mit Kochsalzlösung abwäscht; danach wird drainiert. Später Opium. Nach diesen Grundsätzen hat er 14 Jahre operiert und keinen Grund, sie zu ändern. — Sodann spricht

Laplace über Anomalien der Appendicitis.

Die ganze Krankheit ist seiner Ansicht nach eine »anormale«, niemals typisch verlaufende. Bei keinem Falle kann man Veelauf etc. vorhersagen. Unregelmäßigkeiten anderer Art kommen hinzu: 1) Die abnorme Lage des Wurmfortsatzes. Da das Bauchfell für Schmerzempfindung keine genaue Lokalisation hat, ist die Diagnose bei unregelmäßiger Lage sehr erschwert. 2) Die Infektion. Die Krankheit ist eine rein infektiöse. Die Erreger sind ständig anwesend, können sich aber erst durch bestimmte mechanische Verhältnisse betätigen und erzeugen dann erst die schwere Erkrankung. Der Krankheitsverlauf unterscheidet sich klinisch sehr je nach Art des Erregers. — Eine abortive Behandlung ist allein die Frühoperation, entsprechend der Natur der Krankheit, die eine rein chirurgische ist.

Diskussion. Abbe (New York): Wer einmal einen Anfall von Appendicitis hatte, kann ihn jederzeit wieder bekommen. Stets bleibt nach ausgebildeter Entzündung eine Verengerung des Ausführungsganges mit all ihren Gefahren zurück, der einmal erkrankte Wurmfortsatz wird nie wieder gesund. Gibson (Scranton): Erkrankung des Wurmfortsatzes soll diagnostiziert werden, ehe ein Anfall von »Appendicitis« eintritt. Die verschiedenartigsten Magen-Darmstörungen werden durch chronisch kranken Wurmfortsatz erzeugt und nur durch seine Entfernung beseitigt, daher Frühoperation. Ochsner (Chicago): Nur frühzeitige Diagnose und Operation können die Sterblichkeit an Appendicitis verringern. Statistische Mitteilungen über ebenfalls (wie Deaver) 416 zuletzt operierte Fälle mit Sterblichkeit von im ganzen 4%. Er operiert in den ersten 36 Stunden nach Beginn der Erkrankung. Sullivan (Brooklyn) verwirft Drainage der Bauchhöhle. Näht nur das Bauchfell und drainiert außerhalb. Murphy (Chicago): Frühoperation in allen Fällen. Mayo (Rochester) hat nicht alle Fälle sofort operiert, sondern die ganz schweren erst einige Tage mit Magenausspülungen und absoluter Darmruhe durch Nahrungsentziehung behandelt, dann erst operiert; seitdem bessere Erfolge, unter 4% Todesfälle. Frank (Chicago) hält die absolute Darmruhe ebenfalls für sehr wichtig, verwirft auch Rektalernährung, da sie nach seiner Erfahrung an Mensch und Tier rückläufige Darmbewegung erzeugt.

Eisendraht spricht sehr ausführlich über »Traumatische Ruptur der Baucheingeweide ohne sichtbare äußere Verletzung«. Durch tabellarische Zusammenstellung der in der Literatur niedergelegten Fälle weist er nach, daß die operativ behandelten Fälle besseren Verlauf nahmen, als die abwartend behandelten und empfiehlt demgemäß, nicht lange zuzuwarten, sondern eine Probelaparotomie bezw. -Nierenschnitt zu machen.

In der Diskussion finden seine Ausführungen allgemeine Zustimmung.

Coffey. The relative merits of various methods of intestinal anastomosis.

Der Bericht ist erstattet auf Grund von 650 experimentellen Operationen an toten Därmen und 20 an lebenden Schweinen. C. hat die verschiedensten Verfahren versucht und schließlich ein eigenes ausgebildet, welches für den praktischen Arzt überall leicht ausführbar sein soll, da außer Nadel und Faden und zwei großen Strick- oder ähnlichen Nadeln nur noch ein Hohlcylinder aus rohen Kartoffeln erforderlich ist. Die Ausführung ist kurz folgende: Ein Hohlcylinder von entsprechender Weite mit nicht zu dicken Wänden wird aus roher Kartoffel geschnitten, eine Minute in kochendes Wasser getaucht. Der zu vereinigende Darm wird am Mesenterialansatz von innen durch 3—4 Matratzennähte vereinigt, dann der Cylinder eingeschoben und beide Darmenden darübergezogen, bis sie übereinanderliegen. In dieser Lage werden sie durch kreuzweises Durchstecken von zwei Hutnadeln oder ähnlichem festgehalten. Durch den Halt, den der Kartoffelcylinder gibt, soll die Lage unverrückbar fest werden. Nun werden »Connell«-nähte angelegt (scheint eine Art Matratzennaht zu sein, Ref.), oder irgend eine andere Art der Darmnaht. Ist die Naht beendet, so werden die langen Nadeln ausgezogen, der Kartoffelcylinder weiter geschoben in gesunden Darm und durch Druck zerquetscht, um jeglicher Gefahr des Darmverschlusses vorzubeugen. Vortr. empfiehlt als die idealste Darmnaht die Connell'sche. Seine Methode soll die Darmnaht ebenso schnell ermöglichen wie der Murphyknopf. Den Vorteil hat sie jedenfalls, daß die dazu nötigen Geräte überall leicht zur Hand sein werden. Dieser Vorteil wird in der Diskussion hervorgehoben, während die meisten Connellnaht für zu umständlich und schwer erlernbar halten.

Ware. 1000 personally conducted cases of ethyl-chlorid-narcosis.

W. hält diese Narkose für eine verhältnismäßig ungefährliche. Die Gefahr tritt weder so schnell noch so leicht auf wie bei Chloroform, die späteren Nachwirkungen, wie bei Äther, fehlen ganz. Falls Erstickungsgefahr eintritt, ist sie leicht durch künstliche Atmung zu beseitigen. Die Äthylchlorid-Narkose ist wegen ihres raschen Eintretens und geringer Nachwirkung besonders für kleine Eingriffe in ambulatorischer Praxis zu empfehlen. Unter 12436 von W. zusammengestellten Fällen war nur 1 Todesfall; weniger als bei Lachgas.

Morton. Subarachnoid injection of cocain for operations on the upper part of the body.

M. hat 673mal die Einspritzung von Cocain in den Rückenmarkskanal zur Betäubung angewandt; jedesmal war die Schmerzlosigkeit vollkommen. Bei 60 Fällen wurde an der oberen Körperhälfte operiert. Soll die Schmerzlosigkeit dort entstehen, so wird etwas mehr als sonst und mit kräftigerem Druck eingespritzt. Als Lösungsmittel verwendet W. die in die Spritze eingezogene Cerebrospinalflüssigkeit, das Cocain wird bei 300° (15 Minuten lang) in Kristallen sterilisiert, diese gut verschlossen aufgehoben. Die Kristalle werden in die Spritze gelegt. Unangenehme Nebenwirkungen sind beobachtet, aber keine schweren und bedrohlichen Erscheinungen. Über 48 an der oberen Körperhälfte Operierte wird ein Krankengeschichtsauszug mitgeteilt. In einzelnen Fällen hat W. noch geringe Gaben eines allgemeinen Anästhetikums gebraucht, um den psychischen Einfluß der Operation auszuschließen.

Steele and Francine. An analysis of sevents cases of gastroptosis.

1) Gastroptose ist häufiger, als man nach den spärlichen Mitteilungen schließen sollte; sie ist häufiger bei Frauen. 2) Ihr Auftreten ist an kein bestimmtes Alter oder eine besondere Menschenklasse gebunden. Nicht bei allen Erkrankten sind die gleichen Ursachen nachzuweisen. 3) Die Lage des Magens bei den von S. und F. beobachteten Kranken war senkrecht oder nahezu senkrecht, ein völliges Herabsinken wurde nicht beobachtet. Geringe Erweiterung der Pylorusgegend fehlte nie. 4) Das Querkolon nahm ausnahmslos an der Verlagerung teil, zeigte

oft V- oder M-Form; die Flexura hepatica war manchmal bis zur Nabelhöhe abgesunken. 5) Die rechte Niere war bei 60,9% aller Fälle verlagert, die linke selten, die Milz nur einmal. Das mehrfache Vorhandensein von Lebersenkung, die während der Operation gefunden wurde, machte es wahrscheinlich, daß sie öfter als vermutet vorkommt, sich aber mit unseren Hilfsmitteln nicht feststellen läßt. 6) Ein für Gastroptose kennzeichnendes Verhalten des Mageninhaltes fehlt; die Salzsäure ist meist vermindert oder fehlt. Hyperacidität fand sich nur bei gleichzeitiger Erweiterung. 7) Der Gastroptose eigene Veränderungen von Blut und Urin fehlten. 8) Die Gefühle der Kranken entsprachen denen bei motorischer Insuffizienz, waren bei beginnenden Fällen gering, bei Erweiterungen ziemlich heftig. Der Schmerz saß meist in der Oberbauch-, manchmal in der Lendengegend. 9) Die Neurasthenie erzeugenden Ursachen scheinen auch die Verlagerung der Baucheingeweide zu begünstigen. Sind beide Krankheiten gleichzeitig vorhanden, so beeinflussen sie sich gegenseitig schlecht. Die Behandlung kann oft allein durch mechanische Unterstützung des Pylorus die Beschwerden der motorischen Insuffizienz beseitigen. Ausspülungen sind nur bei Erweiterung mit Zurückhaltung des Inhaltes und bei Schleimansammlung angezeigt. 6 Fälle wurden durch Operationen verschiedenster Art geheilt.

Diskussion: Turck-Chicago hält die motorische Insuffizienz für das Wichtigste, hat gute Erfolge von methodischen Aufblasungen des Magens durch den Magenschlund mit heißer Luft, die man wiederholt einführt und entweichen läßt, gesehen. Für die Diagnose der Atonie bei Gastroptose will er die erhöhte Giftigkeit des Filtrates vom Mageninhalte benutzen.

Ruth. Anatomic treatment of fractures of the femoral neck.

Die Behandlung besteht in Streckverbänden, welche die Länge des Beines und Höhe des Trochanters gleich denen der gesunden Seite machen. Vor Anlegung des Verbandes muß der Oberschenkel gegen den Leib gebeugt werden, um den Iliopsoas zu erschlaffen und Einklemmung desselben zwischen die Bruchenden zu verhüten, dann wird das Bein gestreckt und gleichzeitig ein Zug am Oberschenkel nach außen und Anheben des Trochanter major ausgeübt. Die Streckverbände werden in gewöhnlicher Weise angelegt. Das Gewicht des Oberschenkels wird durch einen Zug senkrecht nach oben ausgeglichen.

Trapp (Bückeburg).

---

17) W. N. Heinatz. Über Skopolaminnarkose.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 6.)

Die von Schneiderlin vorgeschlagene Narkose wurde von Korff mit gutem Resultate und von Grekow mit wenig aufmunterndem Erfolge angewendet. H. versuchte im Auftrage Wreden's die Methode in 38 Fällen und ist mit dem Resultate sehr zufrieden. 4, 2 resp. 1/2 Stunde vor der Operation wurden 3 Injektionen von je 1,2 mg Skopolamin Merck und 0,015 Morphium gemacht. In 18 Fällen trat genügend tiefer Schlaf ein, in den meisten übrigen mußte zu Chloroform gegriffen werden, von dem aber höchstens 20 g nötig waren; durchschnittlich genügten 12 g, also 4mal weniger als gewöhnlich. Mehrere Male trat nach dem Erwachen einmaliges Erbrechen auf; während der Operation niemals. Ohne Chloroform — kein Erbrechen. Einmal — bei reichlichem Aufgießen von Chloroform — kurzdauernde Asphyxie; 7mal wurde das Skopolamin mit Cocaininjektionen kombiniert; es genügten die halben Mengen Cocain (höchstens 4,0 einer 1%igen Lösung). Bei schmerzhaftem Verbandwechsel wurde mit Erfolg 15—20 Minuten vor dem Verband 0,0012 Skopolamin und 0,015 Morphium injiziert. Bei 2 Herzkranken und in einem Falle von Nephritis wurde die Narkose sehr gut überstanden.

Gückel (Kondal, Saratow).

18) A. Kurrer. Selbsttätiger Ätherflaschenverschluß für die Narkose.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 48.)

Dieser sehr zweckmäßige, in Münchener Kliniken bewährt gefundene Verschluß besteht aus einem Hahn, an dessen Konus außen ein birnförmiges Gewicht

angebracht ist, und aus einer kleinen Ausgußschnauze, die rechtwinklig zu dem durchbohrten Konus steht. In vertikaler Stellung der Flasche ist der Hahn verschlossen, hängt das Gewicht senkrecht herab. Bei Vorwärtsneigung der Flasche bleibt die Birne, ihrer Schwere folgend, stets nach abwärts gerichtet, und öffnet sich selbsttätig der Hahn etc. Der Äther bleibt in der Flasche tadellos. — (Beziehbar von Stiefenhofer, München, Karlsplatz 6.) **Kramer** (Glogau).

19) **Jerusalem** (Wien). Über die Beziehungen zwischen Menstruation und Erysipel.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 46.)

Verf. weist von neuem auf das in der Überschrift genannte, noch sehr dunkle Gebiet hin. Er schließt sich, ohne wesentlich Neues zu bringen, den bisher aufgestellten Theorien an und gibt gut beobachtete, detaillierte Erfahrungen, die zu folgenden statistischen Zahlen zusammengefaßt werden: Bei 119 weiblichen Erysipelkranken fand er 62mal zeitliche Koinzidenz mit der normalen, durch Genitalblutung manifestierten, regelmäßigen Periode = 52%. Da diese Erysipele sich fast ausnahmslos in der Umgebung der Nase abspielten, so zweifelt J. nicht daran, daß die mit der Menstruation einhergehenden, periodischen Veränderungen der Nasenschleimhaut die jeweilige Ursache des Erysipels, bezw. der häufigen periodischen Rezidive sind. Rechnet nun Verf. den oben bezeichneten 52% noch die Fälle hinzu, bei welchen bei ausbleibender menstrualer Blutung, an Stelle derselben, zur regelmäßigen Zeit Erysipele beobachtet wurden, so kommt er auf ein Prozentverhältnis von 72,1%. Sehr interessante, hierhergehörige Fälle müssen im Originaltext nachgelesen werden. Auch bei Männern konnte Verf. gelegentlich in Intervallen von 23 Tagen wiederkehrende Erysipele finden, und bezieht dieselben auf analoge periodische, biologische Vorgänge, wie sie von Fliess beim Manne angenommen worden sind. **Schmieden** (Bonn).

20) **Oliver.** Profilaxia de la enfermadad hidatidica.

(Revista med. del Uruguay 1902. Nr. 8.)

Diese Arbeit bietet interessante Einblicke in die Statistik der in den südamerikanischen Staaten verhältnismäßig sehr häufig auftretenden Echinokokkenkrankheit. In einem einzigen größeren Krankenhause in Montevideo wurden im Verlaufe eines Jahres unter 19635 Pat. 105 Fälle von Echinokokkuscysten beobachtet; das ist ein Fall auf je 187 Kranke. Dabei ist die Häufigkeit der Krankheit noch im Steigen. O., der ebenso wie die meisten Forscher als einzigen Infektionsmodus für den Menschen den Verkehr mit Hunden anerkennt, glaubt, daß in jenem Lande 30% aller Hunde Echinokokken beherbergen. Der Grund der starken Zunahme der Erkrankung wäre sonach in der starken Vermehrung der Hunde zu suchen, deren einer auf jeden 3. Einwohner kommt. Im Anschlusse an diese Mitteilungen werden Vorschläge zu einer Prophylaxe der Krankheit gemacht. Dieselben bestehen einmal in einer strengen Durchführung des Hundesteuergesetzes, resp. in einer Verschärfung desselben, und dann in einer sachgemäßen Aufklärung der Bevölkerung. Als bestes und sicheres Mittel zur Bekämpfung der Echinokokkenkrankheit beim Hunde wird der Gebrauch der Kamalawurzel empfohlen. **Stein** (Wiesbaden).

12) **v. Ranke.** Ein weiterer Beitrag zur Behandlung des nomatösen Brandes durch Exzision des erkrankten Gewebes.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 43.)

v. R. berichtet über einen weiteren, seinen 4. Fall von Ausschneiden des brandigen Gewebes bis ins Gesunde, diesmal jedoch ohne nachfolgende Verschorfung durch den Thermokauter, bei einem 3jährigen Mädchen, welches am 4. Tage nach Ausbruch der Masern an Noma der Genitalien und des Afters, sowie der beiden Schenkelbeugen erkrankt und durch jene Behandlung in verhältnismäßig kurzer Zeit zur Heilung ohne Entstellung gelangt war. Einige Abbildungen erläutern die große Ausdehnung der brandigen Geschwüre. **Kramer** (Glogau).

22) **P. Manson and R. J. Godlee.** Two cases of filariasis, one treated by a new operation.

(Transactions of the clinical society of London 1902. Vol. XXXV. p. 209.)

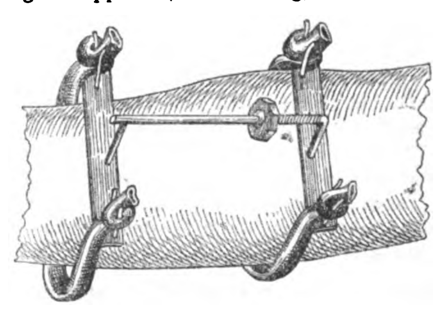
Nach Erkrankung an Filaria entstand bei einem Manne eine durch erweiterte (variköse) Lymphgefäße bedingte Schwellung der rechten Leistengegend. G. vereinigte durch Anastomose ein erweitertes Lymphgefäß mit einem Nebenzweig der Vena saphena, worauf die Anschwellung zurückging. G. meint, die Erweiterungen der Lymphgefäße seien durch Stauung im Ductus thoracicus bedingt gewesen (? Ref.).

Herhold (Altona).

23) **P. J. Djakonow.** Einige Worte über das Schneiden der Hautlappen für Transplantation nach Thiersch.

(Chirurgie 1902. September. [Russisch.])

Um recht dünne Lappen schneiden zu können, muß die Haut horizontal gespannt werden; zu diesem Zwecke empfiehlt D. einen von der Moskauer Firma T. Schwabe verfertigten Apparat (s. Zeichnung). Die Extremität wird zwischen



4 Metallplatten eingeklemmt, die durch Gummiröhren zusammengezogen werden. Mittels einer Schraube werden die Platten auseinander gedrängt und so die Haut horizontal gespannt. **Gückel** (Kondal, Saratow).

24) **J. A. Tyrmos.** Zur Heilung von Defekten der Harnröhre mittels Transplantation von Schleimhaut.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 5.)

Dem 1. Pat. wurde vor 12 Jahren die Sectio mediana gemacht, worauf eine Fistel zurückblieb, die wenigstens 11mal ohne Erfolg operiert wurde und zuletzt eine Strecke von 10 cm der Harnröhre freilegte. Transplantation eines 8 × 2 cm großen Lappens der Schleimhaut der Unterlippe. Heilung. — Der 2. Pat. behielt nach Steinschnitt vor 15 Jahren eine Blasen-Mastdarmfistel. Auch hier zahlreiche erfolglose Operationen. Schließlich bildete sich eine Kloake. Operation: Bildung eines Hautlappens wie bei der Prostatektomie, Resektion des unteren Abschnittes des Mastdarmes bis über die Fistel. Einnähung des Mastdarmes in die Haut. Harnröhre zeigt einen 8 cm langen Defekt, die Enden können nicht aneinander gebracht werden. Einpflanzung eines Schleimhautlappens aus dem resezierten Mastdarm, Verweilkatheter, Hautlappen wieder angenäht. Später mußte wegen Narbenstriktur über der transplantierten Stelle eine Urethrotomia interna gemacht werden. Schließlich Heilung. **Gückel** (Kondal, Saratow).

25) **W. Hirt.** Ein Fall von muskulöser Blasenhalsklappe.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 523.)

H. beschreibt ein von Viertel in Breslau hinterlassenes anatomisches Präparat, zu welchem eine Krankengeschichte indes fehlt. »Am Orificium internum urethrae erstreckt sich das Gewebe des Blasenbodens über den hinteren Rand der Mündungsstelle der Harnröhre $1/2$ cm nach vorn heraus, so daß das Lumen der

Harnröhre von einer klappenförmigen Bildung überdacht wird.« Bei schwacher Vergrößerung ist sichtlich, daß diese Klappe »fast ausschließlich aus glatter Muskulatur besteht, die sich in unmittelbarem Zusammenhange befindet mit der glatten Muskulatur des Blasenbodens«. — Zwei makro-, eine mikroskopische Abbildung. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

26) **O. Pielicke.** Nierenreizung durch Phloridzin.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XIII. Hft. 10.)

P. hat nach Injektion von 0,005 Phloridzin und nachfolgendem Ureterkatheterismus eine 3 Tage anhaltende Hämaturie beobachtet, die er auf die Injektion von Phloridzin bezieht. Er mahnt deshalb zur Vorsicht bei Anwendung des Mittels zu diagnostischen Zwecken. **Fr. Brunner** (Zürich).

27) **G. Luys.** Die Sonderung des Urins der beiden Nieren.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XIII. Hft. 10.)

Das Instrument verfolgt denselben Zweck wie das auf p. 92 d. Zentralbl. d. J. abgebildete Cathelin'sche Instrument. Die Grundidee ist eine ähnliche wie bei diesem. Es wird ebenfalls die Blase durch eine Membran in zwei Hälften geteilt; während aber beim Cathelin'schen Instrumente die Scheidewand an der konvexen Seite des Katheters entwickelt wird, wird sie beim L.'schen an seiner konkaven Seite entfaltet. In Bezug auf die nähere Konstruktion muß auf den Originalartikel, dem Abbildungen beigegeben sind, verwiesen werden. (Auch im Januarhefte der Therapeutischen Monatshefte ist das Instrument von Prof. Garrè beschrieben und abgebildet.) **Fr. Brunner** (Zürich).

28) **F. Balzer.** Über Blasensteine und Blasenfremdkörper.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902. 42 S.

Nach einer historischen Einleitung über die Operationen bei Blasensteinen, aus der das gänzliche Zurücktreten der perinealen Operationen zu Gunsten der Sectio alta hervorgeht, macht Verf. Mitteilungen über die Grundsätze, nach denen in der Breslauer Klinik Blasensteine behandelt werden und über die dabei erzielten Resultate. Als Normalverfahren gilt bei Erwachsenen die Litholapaxie (32 Fälle ohne Todesfall). Nur bei Divertikelsteinen, bei Verdacht auf inkrustierte Geschwülste, bei sehr großen oder sehr harten Steinen, bei eitriger Cystitis und sekundärer Pyelonephritis, endlich bei Kindern, sollte die Sectio alta vorgezogen werden. Bei derselben (34 Fälle mit 4 Todesfällen, die aber nicht der Operation zur Last fallen) wurde womöglich die Blasenwunde mit doppelter Muskulariskatgutnaht geschlossen. Diese primäre Naht wurde 27mal angewandt, sie hielt 15mal und führte 11mal zu Fisteln. Um mehr Platz zu gewinnen, wurde 11mal ohne Schaden das Bauchfell eröffnet und an die hintere Blasenwand angenäht. Der perineale Medianschnitt hatte öfter Fisteln und Rezidive im Gefolge und wurde in der letzten Zeit nicht mehr ausgeführt. Die Fremdkörper (21 Fälle) wurden teils durch Sectio alta, teils auf natürlichem Wege entfernt; 2mal trat bei vorher schon septischen Pat. der Tod ein. **Fr. Brunner** (Zürich).

29) **J. Verhoogen.** Le diagnostic des calculs du rein par la radiographie.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XX. Hft. 11.)

Als diagnostisches Hilfsmittel zur Erkennung von Nierensteinen ist die Skiagraphie namentlich da am Platze, wo es sich um kleine Konkremente handelt, die keine charakteristischen Symptome machen. Verf. teilt 3 Fälle mit, in denen der skiagraphische Nachweis von Nierensteinen gelang, die kaum erbsen- bis höchstens haselnußgroß waren. Bei allen 3 Kranken wurde die skiagraphische Diagnose durch die Operation bestätigt, es trat in allen 3 Fällen rasche Heilung ein. Im 1. Falle handelte es sich um einen Uratstein, im 2. Falle um 2 Oxalatkonkremente, im 3. Falle ist die Art des Konkrementes nicht angegeben. Wenn

Verf. zum Schlusse hervorhebt, daß der negative Befund einer mit aller Sorgfalt und unter günstigen Verhältnissen ausgeführten Radiographie auch mit Sicherheit die Anwesenheit von Steinen ausschließt, so geht er unseres Erachtens zur Zeit noch zu weit. Nur ein positives Resultat ist ein sicheres Zeichen, daß Steine vorhanden sind. **Paul Wagner** (Leipzig).

30) Nicolich. Kyste hydatique dans un rein unique. Anurie datant de dix jours.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. Bd. XX. Hft. 11.)

Der seltene Fall betraf einen 54jährigen Mann, der seit 27 Jahren an Gichtanfällen litt und verschiedene Gelenkanschwellungen und Ankylosen hatte. Juli 1900 7tägige Anurie mit Fieber und heftigen Leibschmerzen. In der nächsten Zeit mehrere heftige Gichtanfälle sowie Pneumonie. November 1901 2. Anfall von Anurie, der 4 Tage dauerte; danach Entleerung von 2 kleinen Phosphatkonkrementen und einem Blutgerinnsel; Urin eiterhaltig. Februar 1902 2tägige Anurie; der danach ausgeschiedene Urin enthielt Membranen. Anfang März 1902 letzter Anfall von Anurie. Nach 9tägiger Dauer derselben wurde Verf. hinzugezogen. In der linken Nierengegend eine große schmerzhafte Geschwulst: sofortige Nephrotomie. Entleerung von Eiter und zahlreichen, verschieden großen Echinokokkenblasen, Drainage. Tod im Koma 10 Stunden nach der Operation.

Die Sektion ergab, daß nur die linke Niere vorhanden war, aber infolge der Echinokokkusentwicklung so gut wie keine sezernierende Substanz mehr zeigte. An Stelle der rechten Niere fanden sich nur einige kleine atrophische Gebilde.

Paul Wagner (Leipzig).

31) A. Wrobel. Beiträge zur Kenntnis der malignen Hodengeschwülste.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Verf. beschreibt 13 Fälle von Hodengeschwülsten, welche in letzter Zeit in der Breslauer chirurgischen Universitätsklinik zur Operation kamen. Von diesen 13 Fällen waren 11 Sarkome, 1 Karzinom, 1 Fall bestand »vorwiegend aus Myxomgewebe mit fibrösen Zügen und Beimengungen von kleineren und größeren Inseln von Epithelialgewebe«.

Das Überwiegen der Bindegewebsgeschwülste entspricht den Beobachtungen anderer Autoren, deren Fälle herangezogen sind. **Coste** (Straßburg i/E.).

32) H. N. Vineberg. A new method of operating for obstinate cases of recto-vaginal fistulae.

(New York med. record 1902. Juni 7.)

Nach Art der Whitehead'schen Hämorrhoidenoperation hat V. mit gutem Erfolge die Mastdarmschleimhaut über die Fistel hinaus abgelöst, nach Exzision eines tüchtigen Stückes herabgezogen und mit der äußeren Wunde vernäht. Es gelang, eine Mastdarm-Scheidenfistel in einem schwierigen Falle gut zum Verschlusse zu bringen. Die Priorität soll Segond, welcher 1895 im 44. Bande der Annales de gynécologie dies veröffentlichte, gebühren. Den Hauptwert legt Verf. darauf, daß durch möglichst hohe Ablösung die Vereinigung ohne Spannung geschehen kann. **Loewenhardt** (Breslau).

33) Heinricius (Helsingfors). Über Myomotomie mit retroperitonealer Stielversorgung nach Chrobak.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XLVII. Hft. 2.)

Der interessante Aufsatz bringt die Erfahrungen, welche an der Universitäts-Frauenklinik zu Helsingfors über die operative Myombehandlung seit dem Jahre 1868 gemacht worden sind. Verf. schildert die Fortschritte der Klinik, die, abgesehen von der verbesserten Anti- und Asepsis, vor allem durch die Änderung

des Operationsverfahrens erzielt wurden. Entgegen der hohen Gefährlichkeit der alten Methoden (der extraperitonealen Stielbehandlung nach Hegar und später der intraperitonealen Stielversorgung nach Schröder mit einer Sterblichkeit von 33%) erzielte H. selbst seit 1894, seit welcher Zeit er das Chrobak'sche Verfahren der supravaginalen Amputation des myomatösen Uterus mit retroperitonealer Stielversorgung ausübt, eine glänzende Statistik. Bei 110 Laparomyomotomien hatte er nur 2 (1,8%) Todesfälle zu beklagen. Er trägt den myomatösen Uterus über der Cervixmitte ab, brennt den Cervicalkanal breit mit dem Paquelin aus und zieht einen Jodoformgazedocht durch die Cervix in die Scheide, worauf der drainierte Stumpf mit dem vorderen und hinteren Bauchfell-Lappen überkleidet wird. Im übrigen ist er nicht ein einseitiger Vertreter der supravaginalen Amputation, sondern er führt in geeigneten Fällen je nach Wahl die Totalexstirpation nach Doyen, ebenso auch die Enukleation und die Kastration als palliative Behandlung aus. **Kroemer** (Gießen).

34) **Oehlecker.** Drüsenuntersuchungen bei 7 Fällen von Uteruskarzinom. (Aus der Klinik Olshausen's in Berlin.)

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XLVIII. Hft. 2.)

Die Frage nach der Berechtigung der radikalen Entfernung des karzinomatösen Uterus mit Ausräumung des Beckenbindegewebes und -Drüsenapparates erfordert eine sorgfältige histologische Untersuchung alles zur Beobachtung kommenden Drüsenmateriales, zumal wenn es so einwandfrei wie das des Verf. ist, welcher 7 nach vaginaler Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus zur Sektion kommende Fälle untersuchen konnte. Von den 7 Fällen wiesen 2 = 30% karzinomatöse Drüsen auf. Diese Zahl deckt sich nicht mit der klinischen Rezidivzahl von 61% nach 5jähriger Beobachtung. Auch nicht mit dem Resultate Wertheim's, der bei beginnenden und mittelweiten Fällen die regionären Lymphdrüsen nur in 15% vom Karzinom befallen fand. O. fand in den 2 erwähnten Fällen (beide Male betraf es die Drüsen bei infiltrierendem Cervixkarzinom) die krebsig infizierten Drüsen makroskopisch unverändert, wogegen die geschwellten und verhärteten Drüsen sich als frei erwiesen. Auch sonst bestätigt Verf. die von Ries, Kermauner und Lameris sowie vom Ref. gemachten Erfahrungen über die Struktur und Vielgestaltigkeit der Beckendrüsen und des anhängenden Lymphapparates. Die geringe Zahl der beobachteten Fälle erklärt nur zum Teil die Differenz zwischen den klinisch und anatomisch-histologisch gefundenen Zahlen. Es ist aber undenkbar, alle bei der Operation verstreuten, vielleicht minimalen Karzinomkeime zu finden, welche zur Ursache späterer Rezidive werden können. Die Lymphgefäße selbst, soweit sie in die Schnitte fielen, waren frei von Karzinompfröpfen.

Die praktischen Folgerungen dieser mühsamen Untersuchungen sprechen eher für die Berechtigung der vaginalen Totalexstirpation. Theoretisch erscheint es nicht unmöglich, in beginnenden Fällen durch Mitnahme der Drüsen eine Dauerheilung zu erzielen. »Doch bleibt auch hier die Drüsensuche ein Tappen im Dunkeln!« In vorgeschrittenen Fällen ist es wegen der Vielgestaltigkeit des Lymphapparates dem Messer des Chirurgen einfach unmöglich, die Drüsen radikal zu entfernen. O. schränkt also gleich v. Rosthorn und Pfannenstiel die Hoffnungen ein, welche auf die Drüsensuche gesetzt werden können.

Bemerkenswert ist, daß die metastasierenden Fälle sich als kleinzellige infiltrierende Cervixkarzinome erwiesen mit unregelmäßig, sprungweise ausschwärmenden Vorposten in der Peripherie. **Kroemer** (Gießen).

35) **Schmauch.** Spontane Blasen-Scheidenfistel nach Totalexstirpation des Uterus wegen Karzinom. Blasenblutungen und das Ulcus simplex vesicae perforans.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XLVIII. Hft. 2.)

S. bespricht an der Hand eines interessanten Falles aus der Olshausen-schen Klinik die Ätiologie der Blasen-Scheidenfisteln, welche im Gefolge von

Operationen im Nachbargebiete (hier nach der vaginalen Totalexstirpation eines karzinomatösen Uterus) entstehen können. Es handelte sich nicht um eine primäre Operationsverletzung, auch nicht um sekundäre Nahtnekrose oder Übergreifen des Karzinoms auf die Blase, sondern um einen Prozeß, welchen er am ehesten mit der Entstehung eines Ulcus ventriculi vergleichen möchte. Pat., welche eine zweifellose Septhämie überstand, bekam im Verlaufe derselben multiple hämorrhagische Infarkte in der Blasenwand (cystoskopisch als dunkelrote, verwaschene Flecken nachweisbar). Zwei dieser Infarkte links hinter dem Trigonum am Blasenboden wurden zu tiefen, unter der Beobachtung wachsenden Geschwüren, welche auch nach der Scheide zu perforierten. Ein einmaliger Operationsversuch der resultierenden Fistel blieb ohne Erfolg.

Da der klinische Verlauf und das histologische Bild absolut dem Befunde bei der analogen Magenaffektion gleichen, steht S. nicht an, das Leiden als Ulcus simplex perforans zu bezeichnen, zumal die englische und französische Literatur die Analogie beider Prozesse längst kennt. Die peptische Wirkung des Magensaftes wird in der Blase ersetzt durch den Gehalt des Urins an Salzen und Säuren, welche wohl imstande sind, die durch Gefäßverstopfungen verursachten hämorrhagischen Nekrosen der Wand aufzulösen. Im übrigen gelang es Le Fur, durch Vergiftung sowie durch Bakterieninjektion (Septhämie) Blasengeschwüre bei Tieren zu erzeugen.

Der Urin in vorliegendem Falle war sauer, klar, frei von Eiweiß- und Formbestandteilen und frei von Bakterien. Impfversuche auf den Gehalt an Tuberkelbazillen blieben negativ. **Kroemer** (Gießen).

36) **A. Fournier.** Cellulite gommeuse pelvienne simulante une tumeur maligne du petit bassin, survenue à trentequatre ans sur un sujet hérédosyphilitique — et guérie par le traitement mixte.

(Bull. de l'acad. de méd. 66. ann. III. Ser. Nr. 33.)

Der Fall verdient das allgemeinste Interesse und ist von grundsätztlicher Wichtigkeit.

Ein 34jähriger Mann erkrankte mit Erscheinungen starker Kompression von Blase und Mastdarm, die in wenigen Monaten zur Kachexie führten. Das kleine Becken war ausgefüllt von derbem Infiltrat, das bis übers Schambein hinaufragte. Der Mastdarm war in geringer Höhe für die Fingerkuppe undurchgängig. Die Diagnose einer bösartigen Neubildung schien unabweisbar. Der Kranke bot keinerlei Anzeichen überstandener oder ererbter Syphilis; das einzige Verdachtsmoment beruhte auf erheblicher Kindersterblichkeit des Elternhauses; in der Tat waren von 15 Geschwistern des Kranken 13 in frühestem Alter gestorben. Auch der Augenhintergrund bot keinerlei Anhalt.

Da stellte sich der ältere Bruder zur Untersuchung; auch hier Fehlen sämtlicher häufigen Stigmata; doch konnte Antonelli auf dem Augenhintergrunde unzweifelhafte Spuren hereditär syphilitischer Chorioretinitis in Gestalt von Dystrophie pigmentaire, Arteriitis und Periarteriitis feststellen.

Unverzüglich wird bei dem Kranken eine energische, kombiniert antisyphilitische Kur eingeleitet, die in zwei Monaten zur völligen Resorption der Infiltration führt.

Lancereaux will einen analogen Fall bei einer 36jährigen Frau beobachtet haben. Leider fehlen alle beweisenden Einzelheiten. **Christel** (Metz).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 12. Sonnabend, den 21. März. 1903.

Zur Chemie der Sauerstoff-Chloroformnarkose.

Von
Dr. Roth,
Oberarzt am Allgemeinen Krankenhause in Lübeck.

Der Frage, ob das Chloroform in dem von mir auf dem Chirurgenkongreß 1902 demonstrierten Apparate zur Sauerstoff-Chloroformnarkose eine schädliche Zersetzung erleide, habe ich nicht nur vor Bekanntgabe des Apparates, sondern auch später fortgesetzt Aufmerksamkeit geschenkt. Hätte sich nur ein einziges Mal eine solche Zersetzung nachweisen lassen, ich würde solches sogleich öffentlich bekannt gegeben haben. Mit der Frage der Zersetzung des Chloroforms in dem genannten Apparate haben sich bisher drei Untersucher befaßt. Dem ersten (Dr. Wohlgemuth, Nr. 45 dieses Blattes 1902)

ist es nicht gelungen, Zersetzungsprodukte im Chloroform nachzuweisen. Er glaubt aber doch auf Grund einer ohne Prüfung des Apparates getanen Äußerung der Chemischen Fabrik Schering die Methode verurteilen zu müssen. Der andere (Michaelis, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI Hft. 2) führt einige Veränderungen an, welche ein namhafter Chemiker nach zweistündiger Behandlung des Chloroforms mit Sauerstoff im Apparate gefunden hat. Die Zersetzung soll nach seiner Angabe schnell, d. h. nach einer Benutzungsdauer von wenigen Stunden eintreten (p. 215). Der dritte (Falk, Deutsche med. Wochenschrift 1902 Nr. 48) hat gar schon nach 20 Minuten starke Veränderungen im Chloroform nachgewiesen. Dieses Untersuchungsresultat, das von den beiden ersten so wesentlich abweicht, muß auffallen. Es ist vielleicht dadurch zu erklären, daß Falk anscheinend gar nicht mit dem Apparate selbst, sondern mit einem im Laboratorium zusammengestellten Apparate gearbeitet hat; ein jeder aber, der solche Untersuchungen gemacht hat, weiß, daß dabei manche Fehlerquellen unterlaufen können. Seine Arbeit hat solange keine Bedeutung, als man nichts über die Versuchsanordnung und über die Untersuchung des benutzten Sauerstoffes erfährt, die doch zu einer exakten Prüfung der Frage gehört.

Alle drei Arbeiten sind auf denselben Urheber zurückzuführen; es wäre sehr erwünscht, daß auch von anderer Seite Untersuchungen angestellt würden, da von der Entscheidung der Frage selbstverständlich die Zulässigkeit der weiteren Benutzung des Apparates abhängt.

Die auf meine Veranlassung von hiesigen Chemikern angestellten Untersuchungen habe ich schon im Dezember der Deutschen med. Wochenschrift zur Veröffentlichung übergeben, sie werden demnächst erscheinen und ich verweise hier auf dieselben.

In Nr. 6 dieses Blattes spricht nun Lauenstein, Hamburg, die Vermutung aus, daß auch in dem neuen Tropfapparate Dr. Roth-Dräger, in welchem das Chloroform erst im Augenblick der Verdunstung mit dem Sauerstoffe in Berührung kommt, eine Zersetzung stattfinden könnte, wie Michaelis sie von dem alten Apparate behauptet, welcher den Sauerstoff durch das Chloroform hindurchleitet. Es ist zu bedauern, daß Herr Lauenstein, welcher selbst manche Vorzüge der Sauerstoff-Chloroformnarkose vor der einfachen Tropfmethode praktisch erfahren hat und hervorhebt, keine Untersuchung des aus dem Tropfapparate abgehenden Gasgemisches durch eine ihm geeignet erscheinende Persönlichkeit veranlaßt hat. Immerhin ist es dankenswert, daß er durch seine Veröffentlichung, die offenbar unter dem frischen Eindrucke der Michaelis'schen Mitteilung geschrieben ist, zur weiteren Erörterung der für die ganze Sauerstoff-Chloroformnarkose wichtigen Frage angeregt hat.

Indem ich nachstehend kurz das Resultat der auf meine Veranlassung von dem beeideten Chemiker Dr. phil. Wetzke hierselbst angestellten Untersuchungen veröffentliche, hoffe ich, daß weitere Untersuchungen von anderer Seite folgen werden.

Das Untersuchungsprotokoll lautet:

»Das aus dem Tropfapparate Dr. Roth-Dräger abgehende Gasgemisch von Sauerstoff und Chloroformdampf wurde direkt in die Reagensflüssigkeit geleitet. Jeder Versuch wurde auf 30 Minuten ausgedehnt, und zwar wurde Zeigerstellung C (= 0,5 g Chloroformverbrauch pro Minute) bei 3 Liter Sauerstoffverbrauch pro Minute gewählt.

1) Einleiten des Gasgemisches in Silbernitratlösung.
Resultat: Es trat keinerlei Trübung ein.

2) Einleiten des Gasgemisches in Lakmuslösung.
Resultat: Ein Vergleich mit zurückbehaltener Lakmuslösung und der Versuchslösung läßt keinen Farbunterschied erkennen.

3) Einleiten des Gasgemisches in Schwefelsäure.
Resultat: Die Schwefelsäure bleibt vollkommen farblos.

Eine Zersetzung des Chloroforms im Apparate ist demnach nicht nachzuweisen gewesen.

Um die Frage zu entscheiden, ob ein Einfluß des Chloroforms auf das Metall des Apparates zu konstatieren sei, wurde auf Veranlassung und in Gegenwart des Dr. Roth der Vergaser des von ihm seit 3 Monaten benutzten Tropfapparates auseinander genommen und in seine Einzelteile zerlegt.

Ich habe die Einzelteile einer genauen Besichtigung unter Benutzung einer Lupe unterzogen und bestätige, daß ich an dem Apparate und seinen Teilen weder ausgenutzte Stellen noch sonst einen Nachweis habe finden können, welcher auf die Entstehung von Salzsäure oder sonst ätzenden Verbindungen hätte gedeutet werden können.«

Lübeck, den 12. Februar 1903.

---

1) **Hildebrand.** Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie. VII. Jahrgang. Bericht über das Jahr 1901.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann**, 1902.

H.'s Jahresberichte sind schon in früheren Jahrgängen als ein bequemes und leicht orientierendes Nachschlagewerk gerühmt worden. Auch der neue Band verdient das Lob seiner Vorgänger. Eine Reihe neuer Mitarbeiter sind von dem Herausgeber herangezogen worden Die Arbeitsamkeit chirurgischer Forscher scheint nicht nachgelassen zu haben, denn der Umfang dieses ausschließlichen Referatenwerkes ist gegen den vorjährigen Bericht um mehr als den fünften Teil vergrößert; und in der Tat zeigt auch ein Vergleich der einzelnen Unterabteilungen des Buches, daß auf keinem chirurgischen Gebiete die Zahl der Veröffentlichungen eine Neigung zur Verminderung hat. Als um so verdienstvoller darf man immer mehr das Bestreben des Herausgebers ansehen, bei dieser übergroßen Fülle des Materials den wissenschaftlichen Bedürfnissen der Fachgenossen ein Werk an die Hand zu geben, dessen Übersichtlichkeit und eingehende Referate bei jeglichem Studium viel Mühe- und Zeitersparnis gewähren. Ausstattung und Handlichkeit des Werkes sind trotz der Vergrößerung gleich vorzüglich geblieben. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

2) **H. Helferich.** Atlas und Grundriß der traumatischen Frakturen und Luxationen. 6. verbesserte und vermehrte Auflage.

(Lehmann's medizin. Handatlanten. Bd. VIII.)

München, J. F. Lehmann, 1903. Mit 76 Taf. u. 195 Fig. im Text. XIX u. 348 S.

Ein Buch über Knochenbrüche und Verrenkungen, das — in 6. Auflage — 2 Jahre nach der früheren Auflage von neuem aufgelegt wird, kann im Text keine wesentlichen Veränderungen zeigen. Wo kleine Fortschritte zu verzeichnen waren, wo reichere Erfahrung frühere hypothetische Anschauungen fester begründen oder als weniger sichergestellt aufgeben ließ, da ist das geschehen und so der Text den erreichten Fortschritten gerecht geworden. Das wesentlich Neue der Auflage aber beruht in der Aufnahme einer größeren Anzahl klarer Skiagramme wie auch einiger anderer Abbildungen, die den an sie zu stellenden Anforderungen durchaus entsprechen.

Richter (Breslau).

---

3) **Tilmann.** Die Elastizität der Muskeln und ihre chirurgische Bedeutung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

T. ist dem Vorgehen von Mosso gefolgt und hat eine Anzahl von Versuchen über die Muskelelastizität am lebenden Menschen angestellt. Diese Versuche hatten das Gemeinsame, daß durch bestimmte Vorrichtungen in einzelnen Gelenken das Gleichgewichtsverhältnis gestört wurde, indem die Glieder in Stellungen fixiert wurden, in die sie sonst nur durch einseitige Muskelzusammenziehungen hätten kommen können. Der mechanische Erfolg der Eingriffe war der, daß die eine Muskelgruppe eine Verlängerung, die andere eine Dehnung erfuhr. Das Ergebnis war ein einheitliches, dahin gehend, daß bei geringer Inanspruchnahme der Elastizität, also bei geringer Dehnung der Muskel nach Aufhören der Belastung auf lange Zeit verlängert bleibt und sich dann erst durch langsam eintretende kleine Zuckungen wieder verkürzt. Diese veränderte Lage dauert um so länger, je später eine willkürliche Kontraktion des betreffenden gedehnten Muskels eintritt. Unter normalen Verhältnissen hindert die Kontraktionsmöglichkeit des Muskels, daß aus den Störungen des Gleichgewichtes sich dauernde Schädigungen entwickeln können. Ferner ist bei allen Gleichgewichtsstörungen der Muskeln, die noch nicht zu dauernden pathologischen Veränderungen geführt haben, eine Restitution durch aktive Kontraktion der gedehnten Gruppe möglich. Jeder Muskel, dessen Ansatzstellen man voneinander periodisch entfernt, verlängert sich, dagegen verkürzt sich jeder Muskel, dessen Enden einander periodisch oder dauernd genährt werden. Die dauernde Verkürzung hat gewöhnlich keine Ernährungsstörungen im Gefolge, während analoge Dehnungen meist zu hartnäckigen, irreparablen Atrophien führen. Die lang dauernde

Belastung eines Muskels führt also zu einer Störung im Antagonismus der Muskeln, welche darin besteht, daß der belastete Muskel gedehnt, also verlängert bleibt. Die Folge davon sind degenerative Veränderungen. Ein Ausgleich dieser Gleichgewichtsstörung ist nur möglich durch energische, nachhaltige aktive Kontraktionen, die zur Verkürzung des bisher gedehnten und zur Dehnung des bisher verkürzten Muskels führen.

Zu den Zuständen, bei welchen die Resultate dieser Versuche in Betracht kommen, gehören vor allem die Rückgratsverkrümmungen. Durch den fehlerhaften Sitz der Kinder in der Schule entwickelt sich eine Gleichgewichtsstörung im Antagonismus der beiderseitigen Längsmuskeln des Rückens, die, wenn die Muskeln sich nachher nicht ausreichend aktiv kontrahieren, häufig zu einer dauernden wird. Die gedehnten Muskeln degenerieren, werden schwächer und unvermögend, die Wirbelsäule zu strecken. Die Folge ist eine Veränderung der Belastung der Wirbelknochen, die dann zu einer Deformation des Skeletts führt, welche sich in ihrer Form nach der Funktion der geschädigten Muskeln richtet. Auch für eine Reihe anderer chirurgischer Krankheiten weist Verf. nach, daß ähnliche Gesichtspunkte zur Erklärung der Deformitäten führen können, und daß die Entstehung eines Hallux valgus, der Hammerzehen, Klumpfüße und Plattfüße durch Störungen des Muskelgleichgewichtes und Kontraktur der Antagonisten der geschädigten, d. h. übermäßig gedehnten Muskelgebiete hervorgerufen wird. Daß diese Erwägungen für die Therapie der betreffenden Leiden wichtig sind, ist einleuchtend, da man durch frühzeitige Übung die Störung beseitigen kann. Sind die Knochen schon stark deformiert, so muß natürlich die Behandlung bei ihnen angreifen. Aber auch dann ist die Übung der Muskeln von größter Bedeutung, um bei Wiederkehr der Belastung den Rückfall in die alten Verhältnisse zu vermeiden. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

4) O. Busse. Über syphilitische Entzündungen der quergestreiften Muskeln.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Syphilis tritt in den quergestreiften Muskeln unter zwei Formen auf. Am häufigsten ist die erste Art, nämlich die umschriebene Knotenbildung, bei der es zur Erweichung und Exulceration der bedeckenden Haut kommen kann. Die zweite, seltenere Form stellt eine gleichmäßige entzündliche Schwellung und Verdickung des ganzen Muskelbauches dar. Sie wird von Virchow als Myositis syphilitica diffusa s. fibrosa bezeichnet. Eine Kombination beider Arten wurde von Ostermayer beschrieben. Mikroskopische Untersuchungen sind bisher bei Muskelsyphilis erst in geringer Zahl gemacht worden. Verf. macht deshalb zwei im Greifswalder pathologischen Institut beobachtete Fälle von Myositis und Myocarditis diffusa zum Gegenstand seiner Besprechung. In beiden Fällen handelte es sich nicht

um Gummibildung, sondern um eine diffuse Entzündung, die manchmal nur größere Abschnitte des betroffenen Muskels befallen hatte. Auffallend ist die Anwesenheit zahlreicher Riesenzellen in den syphilitischen Entzündungsbezirken. Diese ist für die schon früher von anderen beobachtete Tatsache eine Bestätigung, daß gerade in den gummös veränderten Muskeln Riesenzellen regelmäßig und in großer Anzahl vorkommen. Die Muskelsyphilis steht demnach in einem gewissen Gegensatz zu der Syphilis andere Organe, wo nach Baumgarten die Riesenzellen fehlen. Diese Ausnahmestellung erklärt sich dadurch, daß nach den mikroskopischen Befunden die Muskelfasern selbst die Riesenzellen liefern. Übrigens wird auch sonst ein großer Teil der bei der Entzündung auftretenden Zellen von den Muskelfasern und nicht vom interstitiellen Bindegewebe produziert. Interessant ist, daß der quergestreifte Muskel sich nicht nur an der Regeneration durch Schaffung massenhafter Kerne und Zellen beteiligt, sondern auch an chronischen Entzündungen teilnimmt. Da nun aus den neugebildeten Zellen im vorliegenden Falle nicht junge Muskelfasern, sondern einfach derbes fibröses Gewebe wird, so muß man anerkennen, daß die Abkömmlinge der Muskelfasern schließlich Bindegewebe formieren können, eine Tatsache, die für die Auffassung von der Dignität der Gewebe hochbedeutsam ist. Auf Grund dieser und noch anderweitiger demnächst zu publizierender Untersuchungen erklärkt B., daß die geschilderte Beteiligung der quergestreiften Muskeln nichts für die Myokarditis und Myositis syphilitica Charakteristisches ist, sondern daß die Muskelfaßern an jeder Entzündung mehr oder minder aktiven Anteil nehmen und die Reaktion auf Reize und Schädlichkeiten keineswegs nur dem interstitiellen Bindegewebe überlassen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

5) **R. Seggel.** Histologische Untersuchungen über die Heilung von Sehnenwunden und Sehnendefekten.

Inaug.-Diss., München, 1902.

Die sehr ausführliche und fleißige Arbeit beschäftigt sich zunächst in ausgedehnter Weise mit der Literatur, wobei besonders die Verdienste Nicoladoni's und Drobnick's hervorgehoben werden. Verf. geht auf die von ihm gemachten Befunde kurz ein, um den Gegensatz zu den Ansichten, die in der Literatur festgelegt sind, hervorzuheben. Auf diese kommt er aber in ausführlicher Weise im weiteren Verlauf seiner Arbeit. Diesbezüglich muß auf das Original verwiesen werden. Er behandelt sodann die »Spezifität der Sehne in ihrer Neubildung« und kommt zu dem Resultat, das ich wörtlich hier anführen will: »Der durch Retraktion der Sehnenenden entstehende Defekt wird von einem Bluterguß ausgefüllt. Dieser wird von den Elementen des Peritenonium ext. und int. aus organisiert und so zunächst die Verbindung der beiden Sehnenenden wieder hergestellt. Sekundär findet dann ein Ersatz des Interpolations-

gewebes durch eigentliches, typisches Sehnengewebe statt, indem vom 6. Tage ab die Regeneration der Sehne einsetzt« ..... etc. »So wird sekundär das primäre Ersatzgewebe durch Sehnenregeneration völlig zum Verschwinden gebracht«. Es folgen dann die Protokolle seiner Versuche an den hinteren Extremitäten von Meerschweinchen und die Resultate der mikroskopischen Untersuchungen an den verschiedensten Tagen. Diesbezüglich muß auf die Originalarbeit mit den guten Abbildungen verwiesen werden. Ebenso auf die Erörterungen über das geeignete Nahtmaterial. Im II. Teil der Arbeit, über Sehnenplastik, sind im wesentlichen nur mikroskopische Befunde mitgeteilt, die auch nur aus der Arbeit und den Bildern ersichtlich sind. Es handelt sich dabei um die treppenförmige Durchschneidung einer verkürzten Sehne. Verf. wendet sich sodann zur Frage des Sehnenersatzes durch Katgut, Seide oder Silber. Er gibt hierüber mehrere Versuchsprotokolle, ohne ein bestimmtes Urteil fällen zu wollen. Seine Versuche wurden an der Achillessehne des Kaninchens angestellt.

Zum Schluß kommt S. dann zu folgendem Resultat bei der operativen Behandlung der Sehnen: Bei Plastiken lange und ergiebige Fixation, die auch bei der einfachen Naht angewandt werden soll, weil durch frühzeitige Bewegung eine Dehnung der Narbe entsteht, die später Funktionsstörungen veranlassen kann. Verf. betont noch ganz besonders, daß bei dem Heilungsprozeß die Sehnenscheide eine große Rolle spielt und die Verletzung derselben in ihrer Ausdehnung von Bedeutung für die Wiederherstellung der Sehne ist.

Zum Schluß der Arbeit faßt S. die Resultate seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen, die ich zum Teil in genauer Wiedergabe bringe: Bei künstlicher Defektsetzung sind »äußere Momente, wie Spannungsverhältnisse der Sehne und die funktionelle Inanspruchnahme des neugebildeten Gewebes von gar keiner Bedeutung für das Wesen der Regeneration, für deren Qualität«. Die Regeneration der Sehne setzt ein »vollkommen unabhängig von diesen Momenten und ist eine, den Sehnenzellen absolut an und für sich von Anfang an innewohnende Eigenschaft, die bei dem sehr gefäßarmen und daher reaktionsträgen Sehnengewebe nicht sofort eintritt, sondern erst nachdem eine reaktive Hyperämie eine stärkere Durchtränkung desselben bewirkt hat«. Die Sehnenregeneration ist nach des Verf. Ansicht jedenfalls völlig »unbeeinträchtigt von der Spannung im Bereich der neuen Sehne«. Alle diese Momente kommen nur in Betracht für die »quantitative Vermehrung des einmal angelegten Gewebes« und bei der »sekundären Ausbildung der neuen Sehne zu einem ihrer Funktion entsprechenden Organ«. »Also die primäre Qualität der Regeneration wird durch alle diese äußeren Momente nicht bedingt, wohl aber die Quantität; und daher ist die Berücksichtigung dieser Momente bei der operativen Sehnenchirurgie unbedingt notwendig.« Grosse (Kassel).

---

6) **J. Spellissy.** Accurate anthropometric and orthopedic record by uniform photographic method.

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin Vol. XV. Nr. 10.)

Photographien in Bezug auf das gleiche Objekt, welche von verschiedenen Autoren zwecks anthropologischer oder orthopädischer Messungen (Skoliose z. B.) hergestellt wurden, sind häufig unter so verschiedenen Bedingungen entstanden, daß sie keinen Vergleich der einzelnen Resultate zulassen. Verf. fixiert nun die Bedingungen, welche notwendigerweise bei der Herstellung der Bilder übereinstimmen müssen, und beschreibt seine diesem Zwecke entsprechende Technik.

Mohr (Bielefeld).

---

7) **M. Herz.** Lehrbuch der Heilgymnastik.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1903. 638 S., 209 Abb.

H. beabsichtigt mit der vorliegenden gründlichen Darstellung der Heilgymnastik ein Lehrbuch für den Unterricht zu schaffen, außerdem seine Einzelpublikationen über dieses Gebiet im Zusammenhange darzustellen. Er bezweckt vor allem, der Heilgymnastik eine streng wissenschaftliche Grundlage zu geben, um ihr dadurch den gebührenden Platz in der Medizin gegenüber den Anpreisungen der Naturheilkunde zu verschaffen. Um diesen Zweck zu erreichen, hat er die bisher geübten Methoden einer streng objektiven Prüfung unterzogen und alles, was für gut befunden wurde, zu einem neuen Gebäude mit verwertet, alles andere aber, was dieser Prüfung nicht stand hielt, rücksichtslos geopfert. So berührt es sehr sympathisch, daß er die oft sinnverwirrende Nomenklatur und komplizierten Ausgangsstellungen, in denen zum Teil die schwedischen Gymnasten das Wesen der Gymnastik sahen, nicht übernimmt, ferner die Massage nicht als unwesentlichen Teil der Heilgymnastik hinstellt, sondern als gleichberechtigte Methode anerkennt. Ein gründliches Studium physiologischer Vorgänge und zahlreiche eigene physiologische Versuche begründen überall die vom Verf. vertretene Meinung.

In einem allgemeinen Teile wird nach einem kurzen Eingehen auf die Geschichte der Gymnastik das Ling'sche System geschildert und darauf das Programm der rationellen Heilgymnastik entwickelt. Es folgen physiologische Erörterungen und Versuche über die Arbeit im allgemeinen, die Dehnungskurve des Muskels, die Zugkräfte der menschlichen Muskeln, die spezifische Energie des Gelenkmuskelapparates. Bei den Studien über die Leistungsfähigkeit der Muskeln geht Verf. näher auf die Muskelermüdung, die allgemeine Erschöpfung und die Erschöpfung des Nervensystems, welche sich wie eine hochgradige Neurasthenie äußert, ein.

In den folgenden Kapiteln werden die gymnastischen Heilpotenzen genau definiert und einzeln besprochen. H. unterscheidet aktive und passive Bewegungen, Widerstands-, Selbsthemmungs-, Förderungsbewegungen und Koordinationsübungen. Großen Wert

hat H. hier neben der Schilderung der maschinellen Gymnastik auf die durch anschauungsreiche Abbildungen unterstützte Darstellung der manuellen Methoden gelegt; fernerhin hat er gezeigt, wie diese manuelle Methode durch einfache Geräte und leicht zu beschaffende Vorrichtungen wirksam ergänzt werden kann, so daß auch der Praktiker in die Lage gesetzt ist, die Heilgymnastik erfolgreich anzuwenden.

In dem speziellen Teile des Buches werden zunächst die physiologischen Wirkungen der Gymnastik, darauf die speziellen Indikationen und Verwendungsweise der gymnastischen Bewegungen ausführlich besprochen. Wir finden hier nicht nur genaue Anleitungen zur Ausführung der Gymnastik bei den einzelnen Erkrankungen, sondern auch in sachlicher Weise dargestellt, was wir therapeutisch von der Gymnastik erwarten können und wo andere Mittel anzuwenden sind.

Die einzelnen Abschnitte behandeln die Erkrankungen der Bewegungsorgane, Allgemeinerkrankungen, Krankheiten des Verdauungsapparates, der Respirationsorgane, der Circulationsorgane und des Nervensystems. Hier finden wir auch eine gebührende Würdigung der kompensatorischen Übungstherapie.

Wir können wohl sagen, daß H. es verstanden hat, die Heilgymnastik auf streng wissenschaftlicher Basis und in sachlicher, ruhiger Weise darzustellen. Das Buch bringt nicht nur dem Spezialisten ein ausführliches Bild über den heutigen Stand der Heilgymnastik, sondern auch dem Praktiker Anregung und die Möglichkeit, die Gymnastik mit einfachen Hilfsmitteln anzuwenden.

Störend ist nur, daß der bekannte Krukenberg'sche Fingerpendelapparat in Text und Figur als der Nebel'sche bezeichnet wird. Auch erscheint es dem Ref. für ein derart wissenschaftliches Werk, wie es das vorliegende ist, weniger geeignet, Clichés aus dem Kataloge einer Fabrik, bei denen die Firma etwas sehr augenfällig angebracht ist, ohne Änderung zu übernehmen. Es dürfte wohl eine Bemerkung im Vorworte oder in einer Fußnote genügen.

Drehmann (Breslau).

---

8) **E. Ekgren.** Taschenbuch der Massage. Mit einem Vorwort von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Senator.

Berlin, S. Karger, 1903. 90 S., 11 Abb.

Verf. will mit dem vorliegenden kurzen Taschenbuche dem praktischen Arzte eine Anleitung über die Technik und die Indikationen der Massage geben. Er beschreibt in kurzen Zügen die wichtigsten Methoden und Griffe der Massage und schwedischen Gymnastik und bringt einige anschauliche Bilder über diese Methoden. Vor allem geht er genauer auf die Indikationen und Kontraindikationen ein.

Auffallend ist die Schreibweise mancher anatomischer Ausdrücke, wie Proc. Xiphoid., Torax, Pollux u. a. für Proc. xiphoid., Thorax, Pollex.

Ein kurzes Vorwort von Senator, an dessen Klinik der Verf. die Massage wissenschaftlich betreibt, ist dem Büchelchen beigegeben.

Drehmann (Breslau).

---

9) H. Tillmanns. Über die Entstehung und Behandlung der spondylitischen Lähmungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die durch Knochendruck bedingten spondylitischen Lähmungen sind bei florider Spondylitis tuberculosa seltener als man früher glaubte. Sie kommen vor, wenn in den Wirbelkanal vorspringende Knochenkanten bestehen und das Rückenmark durch Verwachsungen gegen dieselben fixiert ist. Eine wesentliche Verengerung des Medullarrohres braucht dabei gar nicht zu bestehen. In seltenen Fällen hat man in den Wirbelkanal dislozierte Sequester gefunden und als Ursache von Kompressionslähmungen angesprochen. Eine wichtige Ätiologie bilden ferner in veralteten, völlig oder fast vollkommen ausgeheilten Spondylitisfällen kallusartige, regenerative Knochenbildungen, welche, teils vom Periost, teils vom Mark entstanden, die durch Karies zugrunde gegangenen Knochenteile ersetzen und durch zu starkes Wachstum den Wirbelkanal verengen. In anderen Fällen von ausgeheilter Spondylitis tuberculosa hat man Kompressionslähmungen durch peridurale Bindegewebswucherungen beobachtet, allein die häufigste Ursache dürften bei noch floridem Prozesse epidurale Exsudate, Abszesse, käsige Zerfallsprodukte und peripachymeningitische Granulationen sein. Der Druck wirkt auf das Rückenmark in der Weise ein, daß er entweder eine umschriebene Atrophie des Markes erzeugt oder Circulationsstörungen, Anämie, venöse und lymphatische Stauung hervorruft. Die mikroskopische Untersuchung ergibt dann, daß die nervösen Elemente im Bereich der Kompressionsstelle zu Grunde gegangen und die durch Zerfall von Nervenfasern und Ganglienzellen entstandenen Lücken durch Bindegewebsneubildung ausgefüllt sind. Die Heilbarkeit nach Beseitigung des Druckes hängt wahrscheinlich mehr von der Art und Intensität des Druckes als von der Dauer desselben ab und natürlich vor allem von dem Grad der schon gesetzten anatomischen Veränderungen.

Zuerst ist bei allen spondylitischen Lähmungen die unblutige orthopädische Behandlung durch Extension, durch allmählich redressierende und fixierender Lagerungs- und Stützapparate zu versuchen. Je früher sie einsetzt, um so eher ist auf diese Weise noch eine Heilung wahrscheinlich. Das besonders von Calot eingeführte Redressionsverfahren eines Gibbus ist für nicht zu alte Fälle, für nicht bereits fixierte Buckel wichtig, aber mit der wichtigen Einschränkung, daß die Redression nicht in einer Sitzung, sondern mit größter Vorsicht nur allmählich ohne Operation auf unblutigem Wege geschehen soll. Fälle mit hochgradigem, fixiertem Buckel sind von dieser Behandlung auszuschließen. Die Erfolge, welche mittels der orthopädischen unblutigen Behandlung bezüglich der spondylitischen Läh-



mungen bisher erzielt wurden, sind sehr wechselnde; einzelne, wie Reinert, haben gute, viele andere sehr schlechte Resultate gehabt. Die operative Behandlung kommt nach allgemein gültiger Ansicht erst in zweiter Linie in Betracht, wenn die unblutige Therapie erfolglos geblieben ist. Sie kann zwei Wege einschlagen, einmal durch Bloßlegung der meist im Wirbelkörper gelegenen Krankheitsheerde durch seitliches Eingehen bis zur Vorderfläche der Wirbel, oder durch Eröffnung des Wirbelkanales, durch Laminektomie. Bei dem ersten Verfahren hat man die Nähe der Aorta, Vena cava und des Ductus thoracicus am Lebenden nicht zu fürchten, weil gewöhnlich durch den Eiter ein Kanal gebildet ist, in dem man vordringen kann. Ist an der Lendenwirbelsäule ein Psoasabszeß vorhanden, so benutzt man diesen als Wegweiser. Ist der Krankheitsherd bloßgelegt, so wird er nach Möglichkeit vorsichtig ausgelöffelt, ausgespült und drainiert. Dieses seitliche Eingehen und besonders auch die näher beschriebene Costo-Transversektomie Ménard's ist nach Ansicht des Verf. vor allem bei Drucklähmungen mit noch bestehender Spondylitis tuberculosa der Wirbelkörper, bei Kompression des Rückenmarkes durch Exsudate und Sequester angezeigt, die Laminektomie bei Karies im Bereiche der Wirbelbogen, ferner bei solchen spondylitischen Lähmungen, welche in ausgeheilten oder nahezu geheilten Fällen von Spondylitis infolge von Kompression des Rückenmarkes durch neugebildetes regeneratives Knochengewebe, durch Knochenkanten mit Verwachsung der Dura oder durch fibröse Bindegewebswucherungen bedingt sind. Bei noch bestehender Karies der Wirbelkörper hat sich die Laminektomie dagegen nicht bewährt. Die Technik dieses Eingriffes ist die im allgemeinen übliche. Daß die Festigkeit der Wirbelsäule durch die Resektion der Bogen Schaden litte, hat T. nicht beobachtet. Nach Beendigung des Eingriffes wurden Muskeln, Fascien und Haut vernäht, nur der untere Wundwinkel für den Blutabfluß offen gelassen, ein Drain dagegen nie verwendet.

Nach jeder operativen Behandlung der Wirbelkaries und der spondylitischen Lähmungen ist eine möglichst lang fortgesetzte orthopädische Nachbehandlung notwendig. Was die Resultate der Operationen anbetrifft, so war der Eingriff bei 10 Pat. erfolgreich, erfolglos nur in einem Falle. Allein die Dauererfolge waren ungünstig. Nur 3 Pat. leben zur Zeit noch, die anderen sind gestorben, und zwar in einem Zeitraum von 3 Monaten bis zu $2^3/_4$ Jahren an Tuberkulose und deren Folgezuständen.

Allgemein gültige Regeln für blutige und unblutige Behandlung der spondylitischen Lähmungen sind auf Grund der bis jetzt vorliegenden Statistik nicht möglich. Bessere Resultate werden wohl nur dann erzielt werden, wenn es gelingt, z. B. durch Vervollkommnung der Röntgenphotographie, möglichst zeitig eine exakte pathologisch anatomische Diagnose zu stellen bezüglich Ausdehnung und Sitzes der Spondylitis, bezüglich der Ursache jeder Lähmung, und

wenn auf Grund dieser frühzeitigen Diagnose jedem einzelnen Falle von Wirbelkaries und spondylitischer Lähmung die immer mehr zu verbessernde unblutige oder operative Behandlung richtig und nicht zu spät angepaßt werden kann. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

10) **G. Schmidt.** Der typische Bajonettierknochen am linken Oberarm.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 5. p. 237.)

S. schildert 4 von ihm beobachtete Fälle von ossifizierender Myositis, die durch Bajonettstoß gegen den linken Oberarm, und zwar im besonderen gegen den Ursprungsteil des M. brachialis hervorgerufen wurde. Aus den Krankenblättern zweier größerer Garnisonlazarette hat er 20 Fälle dieser Art gesammelt, in welchen bis auf einen Fall völlige Wiederherstellung eintrat. Er hält diese als Bajonettierknochen bezeichnete Myositis ossificans für ein auf bindegewebiger Grundlage verknöchertes Entzündungsprodukt. Die Behandlung besteht in frühzeitiger operativer Entfernung unter Schleich'scher Anästhesie. Beim Fechten soll der unter den Bajonettstößen empfindlich leidende linke Oberarm durch ein Polster geschützt werden. **Herhold** (Altona).

---

11) **R. Klapp.** Ein Beitrag zur Behandlung der Oberschenkelbrüche.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Ein wirklicher Mangel in der zur Zeit üblichen Behandlung der Oberschenkelbrüche ist die Immobilisation mit ihren nachteiligen Folgen für Gelenke und Muskeln. Deshalb versuchte Verf. der Extensionsbehandlung auch bei den Oberschenkelbrüchen die Vorteile frühzeitiger Gelenkbewegungen zu verschaffen, und hat einen dazu geeigneten Streckverband konstruiert. Die Heftpflasterstreifen, an denen die Gewichte wirken sollen, werden in Gestalt von 2—3 in ziemlich enger Spirale um den Oberschenkel gelegten breiten Pflasterstreifen an der Innen- und Außenseite fixiert und dann die peripheren Enden der Streifen in eine eiserne Klammer zusammengeklemmt. Man läßt sie 24 Stunden liegen, damit sie einem allmählich gesteigerten Extensionszuge Widerstand leisten können. Der Gewichtszug wird durch zwei Ketten auf die spiraligen Streifen übertragen. Ein eisernes Fußbrett verbindet die beiden Ketten und trägt die an Ringe und Schnur befestigte Gewichtsmasse. Das ganze Bein lagert bis hoch an den Oberschenkel hinauf in einem Trikotschlauch, welcher, durch einen Stock faltenlos ausgebreitet, durch ein Band mit einem Rollschlitten in Verbindung steht. Beigegebene Zeichnungen machen sofort leicht das ganze Verfahren klar. Die Gelenke können frei in dem Verbande bewegt werden. Zu diesem Zwecke wird vom 2.—3. Tage an das Gewicht abgenommen und

Pat. aufgefordert, das Knie bis zum rechten Winkel zu beugen. Nach einiger Zeit braucht man das Gewicht schon bei diesen Übungen nicht mehr abzuhängen. Nach Beendigung der Knochenheilung sind dann die Gelenke frei beweglich. Der Verband gestattet die besonders von Bardenheuer verlangte stetige Kontrolle der Oberschenkelfrakturen.

Bei Brüchen im unteren Drittel ist der ausschließliche Zug am Oberschenkel nicht zu verwenden. Bei solchen muß wie früher das ganze Bein für den Extensionsverband verwendet werden. Die Bewegung der Gelenke kann jedoch auch hier frühzeitig in Angriff genommen werden. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

12) **E. Vincent.** Ostéotomie et ostectomie fémorale dans les ankyloses vicieuses de la hanche et dans certaines fractures vicieusement consolidées du fémur.

(Revue de chir. XXII. ann. Nr. 10.)

Wie Ollier, so hält auch V. im allgemeinen daran fest, daß kleinwinklige Ankylosen des Hüftgelenks nach tuberkulösen Erkrankungen weder durch Osteoklasie noch durch Resektion des Gelenks beeinflußt, sondern durch operative Eingriffe außerhalb des alten Herdes korrigiert werden sollen. Nur wenn das Gelenk noch schmerzhaft, Sitz eines noch unvollständig geheilten Herdes ist, dessen Beseitigung gleichfalls bewerkstelligt werden soll, kommt die Gelenkresektion in Frage. Zudem bietet das ankylotische Gelenk bei einseitiger Erkrankung vor der Resektion, die event. mit Schlottergelenk ausheilt, den Vorzug größerer Festigkeit, und es ist somit die Osteotomie vorzuziehen. Im Falle doppelseitiger Ankylose steht es dem Chirurgen frei, auf der einen Seite die Resektion, auf der anderen die Osteotomie auszuführen.

V. bediente sich bei spitzwinkliger Ankylose nach tuberkulöser Coxitis, wobei noch tief eingesattelte Lendenlordose bestand, mit Vorteil folgenden Verfahrens. Der obere Teil des Schenkelschaftes von der Trochanterspitze ab bis unterhalb der Gegend des kleinen Trochanter wird freigelegt, das Periost abgehebelt. In der hinteren (nach unten gerichteten) Fläche des großen Trochanter wird eine Art Lager von 1 cm Tiefe ausgegraben, dessen Durchmesser etwa der Dicke des Femur unterhalb des Trochanter minor entspricht; ringsherum bleibt eine Periostmanschette erhalten. Dicht unterhalb dieser Grube (bezw. des Trochanter minor) wird das Femur durchsägt und in die Vertiefung eingepflanzt, event. mit Nagelung. Hierdurch wird der Schaft um die Dicke des Femur verlängert, und zugleich ist ihm ein fester Halt gegeben, der das Ausweichen nach oben verhindert.

In einem Falle starker doppelseitiger Ankylose in rechtwinkliger, stark adduzierter Stellung — das Resultat früherer Heilungsversuche einer angeborenen Verrenkung in einer anderen Klinik —, hat V. linkerseits den Schenkelhals und oberen Teil der Diaphyse reseziert

unter Erhaltung des Trochanter major, rechts eine Keilresektion unterhalb des Trochanter ausgeführt mit dem Erfolg, daß die Kranke mit starker Drehung des Beckens gehen konnte, trotzdem Eiterung und Erysipel die Heilung störten.

Des weiteren berichtet Verf. über einen Fall starker Verkürzung beider Oberschenkel nach Fraktur, verbunden mit Verschiebung ad axin. Um den freigemachten Knochenenden festen Widerhalt zu geben, hat er dieselben treppenartig angefrischt. Mit Hilfe der Lorenz'schen Schraube, deren Verwendung er lebhaft empfiehlt, gelang es ihm, die Bruchenden bis je auf den ersten Treppenansatz zu bringen, woselbst sie mit Platindraht zusammengeheftet wurden. Die so gewonnene Verlängerung des Oberschenkels war bereits eine beträchtliche. Diese Z- oder treppenförmige Anfrischung ist, wie V. selbst mitteilt, zuerst von Nanlow angegeben. **Christel** (Metz).

---

13) **M. Reiner** (Wien). Über ein Operationsverfahren zur Beseitigung hochgradiger Unterschenkelverkrümmungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 49.)

Unter Verwerfung der Keilosteotomie und einer nach der Operation stattfindenden, langdauernden Extensionsbehandlung empfiehlt R. auf Grund einiger von ihm in Lorenz' Klinik erfolgreich behandelter Fälle von schwerer Unterschenkelverkrümmung folgendes Verfahren: Offene lineäre Osteotomie (event. mehrfach) von der Konkavität aus gegen die Konvexität nach genügender querer Durchtrennung des Periosts, manuelle Redression, event. nach Achillotenotomie, sodann nach Wundverband instrumentelle Extension mittels Lorenz'scher Extensionsschraube zur Überkorrektur der Krümmung, schließlich erstarrender Verband bis zum Tuber ischii und um das Becken, damit nach 8—10 Tagen die Pat. umhergehen können. — An den drei so behandelten Kranken kamen keine der beträchtlichen Distraktion der Weichteile des Unterschenkels zur Last zu legende Blutgefäß- und Nervenschädigungen zur Beobachtung. Einige Abbildungen veranschaulichen die erreichten Resultate.

Kramer (Glogau).

---

14) **J. Peiser.** Über die Ursachen des angeborenen Klumpfußes.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Verf. berichtet zunächst über die Häufigkeit des angeborenen Klumpfußes unter Benutzung der verschiedenen Statistiken und entwirft nach der anatomischen Seite ein Bild desselben, wie es sich beim Neugeborenen findet. Alsdann geht er näher auf die Ätiologie des Leidens ein. Diejenigen Theorien, welche den Klumpfuß als endogene Hemmungsbildung bezeichnen, befriedigen nicht mehr. Dagegen hat, wie Verf. ausführt, die Lehre der exogenen Klump-

fußbildung in neuerer Zeit immer mehr Anhänger gefunden, wenn auch die Meinungen über die speziellen äußeren Momente noch nicht ungeteilt sind. Eine allgemein giltige Erklärung für sämtliche angeborene Klumpfüße ist überhaupt nicht möglich. Auf Grund einer kritischen Betrachtung der vorhandenen Literatur kann sogar den »Druckmarken« eine größere Bedeutung nicht zuerkannt werden. Aus der Anatomie des Klumpfußes beim Neugeborenen ist es jedoch nach P. erlaubt, einen gewissen Rückschluß auf die Zeit der Entstehung zu ziehen. Die Sehne des Peroneus longus verläuft beim angeborenen Klumpfuß gewöhnlich vom Malleolus externus zur Außenseite des Kalkaneus und biegt zur Planta um, ohne mit dem Kuboid in Berührung zu treten. Dies ist nur so zu deuten, daß beim angeborenen Klumpfuß die Sehne während ihrer Entwicklung am Kalkaneus lag, nicht am Kuboid, oder daß die Sehne bei wiederholten Kontraktionen des Muskels bei fixierter Stellung des Fußes die Tuberosität an der hinteren Begrenzung der Kuboidrinne allmählich abgeschliffen hat. Beide Deutungen lassen auf frühzeitige Entstehung des Klumpfußes schließen.

In der Erklärung des ätiologischen Vorganges selbst lehnt sich P. an die Heusner'sche Theorie an, nach welcher die Klumpfußbildung zustande kommt durch Einklemmung der Füße zwischen dem vergrößerten physiologischen Nabelbruch und dem eng umschließenden Amnion.

J. Riedinger (Würzburg).

---

15) **E. Ajevoli.** Studio su la patogenesi del piede piatto statico mechanico.

(Arch. di ortopedia 1902. Nr. 3.)

Die Statik des Fußes darf denselben nicht nur im ruhenden Zustande für sich betrachten, sondern im Zusammenhang mit den Veränderungen der Körperhaltung etc. A. nimmt wie v. Meyer einen hauptsächlichen Gewölbebogen am Kalkaneus, Kuboid, dritten Keilbein und Metatarsus an. Doch ist derselbe nicht starr, sondern zu betrachten als zusammengesetzt aus vier durch Scharniere verbundene Stücke. Der Bogen findet nur einen Hauptstützpunkt, den Kalkaneus. Die Weichteile der Fußsohle lassen schon normalerweise eine gewisse Formveränderung und Dehnung zu. Zur Entstehung des Plattfußes kombinieren sich ossäre, ligamentäre, muskuläre Momente.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

16) **Thalwitzer.** Zur Ätiologie der Fußgeschwulst.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 8. p. 435.)

T. wendet sich gegen die Auffassung, daß alle unter der Bezeichnung »Fußgeschwulst« zugehenden Krankheiten Brüche der Mittelfußknochen seien. Er glaubt, daß es sich in der Mehrzahl dieser Fälle um eine durch Zerrung der Mm. interossei hervorgerufene Knochenhautzündung der Mittelfußknochen handle. Diese

Knochenhautentzündung gibt nach einiger Zeit im Röntgenbilde keinen runden, unregelmäßigen Schatten, wie der Kallus der eigentlichen Brüche, sondern einen mehr spindelförmigen langgestreckten Schatten. — Wenn auch nicht zu leugnen ist, daß diese spindelförmige Verdickung durch eine traumatische Knochenhautentzündung in manchen Fällen bedingt sein kann, so muß doch nach den Erfahrungen des Ref. daran festgehalten werden, daß es sich in den meisten der als »Fußgeschwulst« bezeichneten Fälle um einen Bruch oder wenigstens Einbruch eines Mittelfußknochens handelt.

Herhold (Altona).

---

17) **Blecher.** Fußgeschwulst, Knochenbruch und Knochenhautentzündung.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 6. p. 321.)

Verf. hat 87 Röntgenaufnahmen (Platten) bei wegen Fußgeschwulst ins Lazarett aufgenommenen Mannschaften ausgeführt und unter diesen 30mal mit Bestimmtheit durch das Röntgenbild einen Bruch nachweisen können, indem entweder eine Bruchlinie oder deutlicher runder Kallus gesehen wurde. In den übrigen 57 Fällen war keine Bruchlinie zu erkennen, es fand sich aber nach einer gewissen Zeit im Röntgenbilde eine mehr gleichmäßige Verdickung einer oder der beiden Seiten des betreffenden Metatarsalknochens vor. In diesen letzteren Fällen handelt es sich nach B. um eine Knochenhautentzündung. Verf. kommt infolgedessen zu dem Schluß, daß es sich etwa bei einem Drittel der Erkrankung an Fußgeschwulst um Mittelfußknochenbruch und bei zwei Dritteln um eine Knochenhautentzündung handle. — Nach den Erfahrungen des Ref., der eine sehr große Anzahl von Fußgeschwulstfällen im Röntgenbilde zu beobachten Gelegenheit hatte, kommt diese Knochenhautentzündung nicht so häufig vor, wie Verf. annimmt, sondern es handelt sich in der Mehrzahl der Fälle von Fußgeschwulst um einen allerdings erst oft später erkennbaren Bruch eines Mittelfußknochens. **Herhold** (Altona).

---

18) **Loison.** Note sur le traitement chirurgical du hallux valgus, d'après l'étude radiographique de la déformation.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 528.)

L. weist an der Hand von Skiagrammen darauf hin, daß es sich beim Hallux valgus nicht nur um eine abnorme Abduktionsstellung der großen Zehe handelt, sondern daß gleichzeitig der erste Metatarsalknochen im Metatarso-Tarsalgelenk eine abnorme Adduktion und die Phalangen eine Drehung um ihre Längsachse erfahren haben. — Zur völligen Beseitigung der Difformität genüge daher nicht ein Eingriff am Metatarsalköpfchen bezw. Metatarso-Phalangealgelenk, sondern man müsse außerdem an der Basis des ersten Metatarsus eine lineäre oder sogar keilförmige Osteotomie (mit der Basis des

Keiles nach außen) vor der Ansatzstelle des M. peroneus longus ausführen. — Gemacht hat L. die Operation am Lebenden bisher noch nicht. **Reichel** (Chemnitz).

---

19) **Bettmann** (Leipzig). Über die Verwendung kleiner Gummiringe zur Druckentlastung schmerzhafter Punkte am Fuß.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 47.)

Die Gummiringe, welche den zum Bierflaschenverschluß gebräuchlichen entsprechen, werden, mit Watte unterpolstert, durch Heftpflasterstreifen an der schmerzhaften Stelle befestigt. Sie taten B. bei Schmerzen an der Basis der Nagelphalanx bei Plattfuß und bei der sogen. Metatarsalgie im Bereiche der Köpfchen des II. und III. Metatarsus gute Dienste. **Kramer** (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

20) **C. Beck.** The operative treatment of deformed fractures as indicated by the Röntgen rays.

(New York med. journ. 1902. Dezember 27.)

Der durch seine zahlreichen Publikationen aus dem Gebiete der Röntgenstrahlen bekannte Chirurg sucht in diesem mit 23 meist sehr guten Illustrationen versehenen Artikel nachzuweisen, wie wichtig es ist, insbesondere den Erfolg der Repositionsversuche bei Knochenbrüchen durch Skiaskopie zu kontrollieren. Man erlebt dabei manchmal Überraschungen, für die Verf. mehrfache klassische Belege gibt. Die regelmäßige Röntgenaufnahme von Frakturen und das Studium der erhaltenen Bilder in Bezug auf das Zustandekommen von Difformitäten resp. deren Folgezustände veranlaßte Verf. öfters, schon frühzeitig zu operieren, nachdem er sich überzeugt hatte, daß die gewöhnlichen therapeutischen Maßnahmen, insbesondere die Fixation der gebrochenen Teile in verschiedenen Stellungen keine ideale Heilung erwarten ließen. Unter den vorgeführten Fällen sind einige besonders bemerkenswert, hauptsächlich durch die Röntgenbilder, die den Fall einmal bei der ersten Untersuchung zeigen, dann im Gipsverbande, wobei der Fehler der Reposition deutlich wird, endlich nach vollendeter guter Heilung. Sehr instruktiv sind z. B. die drei Aufnahmen eines Bruches des Radiusköpfchens mit seitlicher Verschiebung, wobei die Aufnahme durch den gefensterten Gipsverband zeigte, daß die Fixation in Beugestellung ganz resultatlos war, während eine solche in Extension eine sehr gute Heilung zustande brachte; ähnlich lagen die Verhältnisse bei einem Olecranonbruche mit starker Diastase der Ulnardiaphyse, wo auch die Umänderung der ursprünglich angewandten Fixation ein schönes Resultat bewirkte; in einem anderen Falle von Olecranonfraktur zeigte das Skiagramm die absolute Notwendigkeit eines operativen Eingriffes zur Vereinigung der Bruchenden mit Silberdraht. Interessant ist ein beim Ringen entstandener Oberarmbruch, wobei der Oberarmkopf an der Epiphysenlinie abgebrochen war und sich direkt neben und vor den Schaft gestellt hatte, so daß eine starke Vorragung an der Vorderseite der Schulter sichtbar war. Die Röntgenaufnahmen machten die Verhältnisse klar und beweisen andererseits das schöne Resultat nach operativem Eingriffe. Den interessantesten Befund aber zeigte die Aufnahme eines Spiralbruches des Oberarmes, wobei ein langer Knochensplitter völlig isoliert längsseits des Humerus lag. Das Bild überzeugte den Pat. leicht von der Notwendigkeit der Operation, die denn auch nach Entfernung des losgelösten Fragmentes eine ideale Heilung zur Folge hatte. **Scheuer** (Berlin).

21) Mignon. Réduction directe d'une fracture récente du fémur, irréductible par interposition musculaire.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 550.)

22) E. Delanglade (Marseille). Sur la réduction sanglante dans certaines fractures de l'extrémité inférieure du radius.

(Ibid. p. 684.)

23) Tuffier. Sur la réduction des fractures.

(Ibid. p. 713.)

Bei einem jungen Manne mit Bruch des linken Oberschenkels 15 cm oberhalb des Kniegelenkspaltes mit starker Dislokation der Bruchenden und Unmöglichkeit der Reposition und Koaptation infolge Interposition von Muskeln legte M. die Frakturstelle 10 Tage nach der Verletzung durch langen Schnitt an der Außenseite des Oberschenkels bloß, beseitigte die Muskelinterposition und vereinigte die Bruchstücke durch Naht. Das Endresultat war sehr zufriedenstellend.

D. berichtet über einen Fall von blutiger Einrichtung eines mehrfachen Bruches am unteren Ende des Radius und befürwortet ein ähnliches Vorgehen für gewisse Fälle, in denen auf unblutigem Wege eine befriedigende Korrektion der Stellung nicht zu erzielen sei. Splitter, auch solche, die völlig gelöst sind, empfiehlt er zu erhalten. Die Knochennaht will er auf Ausnahmefälle beschränkt wissen; sie sei meist unnötig, vermehre nur die Splitter und hinterlasse einen Fremdkörper in der Wunde.

Sehr warm tritt T. für die blutige Reduktion von Frakturen, insbesondere auch solchen der Diaphysen ein. Er verlangt in erster Linie eine Kontrolle der Frakturbehandlung durch die Skiaskopie. Die Röntgenphotographie beweist, wie selten eine völlig exakte Reposition der Bruchstücke auf unblutigem Wege gelingt. Mit einer nur ungefähren Korrektion der Stellung, die den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden genügt, dürfe man sich nicht begnügen; die Heilung erfolge um so rascher und günstiger, je exakter die anatomischen Verhältnisse wiederhergestellt werden. Daher reponiert und fixiert T. die Knochenbrüche bei direkter Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen. Gelingt die Reposition nicht nach Wunsch, so legt er den Bruch durch Schnitt bloß und erzwingt den Stellungsausgleich instrumentell. Bei strenger Asepsis hält er die blutige Reposition, bald nach dem Unfalle vorgenommen, für gefahrlos. Die Operation erst mehrere Tage später auszuführen, sei weniger unbedenklich, da die Gewebe dann durch Ernährungsstörungen bereits gelitten hätten und der Infektionsgefahr zugänglicher seien. Bezüglich der Technik empfiehlt T. möglichste Schonung der Weichteile, möglichst geringe Ablösung des Periostes, Exstirpation der völlig freien Splitter, Annähung der adhärenten Splitter, wenn nötig Knochennaht der Bruchstücke mit feinem Aluminiumbronzedraht. **Reichel** (Chemnitz).

24) Barth. Histologische Knochenuntersuchungen bei tabischer Arthropathie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Ansichten über die Entstehung der tabischen Arthropathie sind auch heute noch strittig. Der Lehre Charcot's von der trophischen Knochenstörung steht die traumatische Theorie Volkmann's gegenüber, welcher die Knochen- und Gelenkveränderungen als die einer Arthritis deformans erklärt. B. gibt einen Beitrag zu der ganzen Frage, indem er über das Ergebnis mikroskopischer Knochenuntersuchungen von einem Falle tabischer Fußgelenksarthropathie berichtet. Es handelte sich danach um einen Zerstörungsprozeß, der ohne alle entzündliche Erscheinungen verlief und ausgedehnte Teile des Gelenkknorpels und Knochens zum Schwund gebracht hatte. Es bestand weder eine Nekrose mit nachfolgender Defektbildung durch Resorption, noch war es denkbar, daß die Defekte durch eine Fraktur entstanden waren, da von einer Zertrümmerung des Knochens und Knorpels oder von einer Callusbildung nichts zu sehen war. Es handelte sich vielmehr

um einen eigentümlichen Schwund von Knorpel und Knochen ohne alle entzündlichen Erscheinungen, so daß man einigermaßen an den Prozeß bei Arthritis deformans erinnert wurde. Jedenfalls ist nur die Deutung des Befundes dahin erlaubt, daß eine Ernährungsstörung vorlag, und als Ursache derselben kann wohl nur das Rückenmarksleiden in Frage kommen. Nach Ansicht des Verf. sollten überhaupt alle Erklärungsversuche der tabischen Arthropathie mit der Frage nach dem Wesen und der Entstehung der Arthritis deformans beginnen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

25) **M. Motta.** Nuovo contributo alla cura delle osteo-artriti e delle sinoviti articolari tubercolari degli arti ne' bambini e ne' ragazzi (metodo sclerogeno di Lannelongue).

(Arch. di ortopedie 1902. Nr. 3.)

M. hat seit 1894 Gelenk- und andere Tuberkulosen nach Lannelongue mit Chlorzinkinjektionen behandelt. Er empfiehlt die Methode, welche er für die einzelnen Körpergegenden genau beschreibt, aufs wärmste. Bei geschlossenen Tuberkulosen erzielt man damit rasche Ausheilung, häufig mit voller Erhaltung der Funktion. Abszesse werden punktiert und ausgespült, nachdem ihre Umgebung durch die Einspritzungen sklerosiert ist; bei offenen Tuberkulosen werden die verschiedenartigen Operationen notwendig, doch vereinfachen sich dieselben und werden Resektionen ungefährlicher, da man in einem durch die Injektionen bereits narbig veränderten Gewebe operiert.

M. gibt 31 Krankengeschichten wieder (im ganzen hat er ca. 61 Fälle so behandelt). Die Endresultate waren sehr gute. So heilten von 24 Fällen von Knietuberkulose nur 4 mit Ankylose, 14 mit voller Beweglichkeit.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

26) **Jungmann.** Über multiple hereditäre Exostosen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 38.)

Verf. teilt einen Fall von multipler Exostosenbildung mit, die bei einem 9jährigen Knaben beobachtet wurde, dessen Vater und Schwester das gleiche, wenn auch weniger ausgeprägte Krankheitsbild boten. Aus der Krankengeschichte sei noch hervorgehoben, daß eine statische Skoliose bestand, keine rachitischen Veränderungen nachweisbar waren, daß an den oberen Extremitäten eine Varusstellung des linken Ellbogengelenkes, bedingt durch Subluxation des Radiusköpfchens, und eine Valgusstellung der linken Hand auffiel, und daß links ein Genu valgum bestand. Malleolus ext. und int. endeten links in gleicher Höhe; starke Valgusstellung des linken Fußes.

Die Exostosen traten außerordentlich häufig symmetrisch auf, sie können sich ganz oder teilweise zurückbilden; durch Trauma abgestoßene Exostosen können völlig resorbiert werden. Die Erkrankung ist meist keine kongenitale, tritt am häufigsten im 3.—4. Lebensjahre auf und ist eine Krankheit sui generis, bedingt durch eine Wachstumsstörung des intermediären Knorpels, die auf einer fehlerhaften ursprünglichen Anlage beruht.

Der Parallelismus zwischen Hemmung des Wachstums und Exostosenbildung, den Bessel-Hagen kombiniert hat, trifft nach Ansicht des Verf. in einigen Fällen nicht regelmäßig zu. **Langemak** (Rostock).

27) **K. Teuber.** Über Sehnennähte.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Nach kurzer Erwähnung der Literatur will Verf. die Sehnenverletzungen in 2 Arten geteilt wissen: »Subkutane Sehnenzerreißungen und offene Sehnendurchtrennungen«. Sodann bespricht er den Mechanismus des Zustandekommens, wobei er besonders die Hyperextension erwähnt. Unter den von der Verletzung betroffenen Personen stehen nach seinen Beobachtungen oben an die Metzger, dann folgen Schreiner und Zimmerleute etc.

Nach vielen Citaten aus Witzel erfolgt die Erörterung der Nahtmethoden, wobei der Ersatz der Sehnen durch Seidenfäden in ausgedehnter Entfernung der Stümpfe (Kümmel und Tillmanns) besonders hervorgehoben wird. Es folgen 32 Krankengeschichten, die das Ergebnis der Dauerresultate so stellen, daß bei diesen 32 Pat. 15 dauernde, davon »8 gute« und »7 unvollständige« Heilungen bezüglich der Funktion erzielt wurden. **Grosse** (Kassel).

28) W. N. Orlow. Macrosomia partialis als Resultat einer chronischen Reizung des N. sympathicus.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 6.)

Es handelte sich um wahren Riesenwuchs der linken oberen Extremität bei einem 15jährigen Mädchen, dessen Großvater, Großmutter und Vater an Aortenaneurysma litten; Pat. selbst hat seit der Geburt ein Aneurysma der linken A. subclavia und der linken A. carotis communis. Letzteres rief durch Reizung der beiden unteren Cervical- und des oberen Thoraxganglion des sympathischen Nerven Pupillendilatation, Hyperhidrosis und arterielle Hyperämie hervor. Diese Hyperämie führte nach und nach zu Vergrößerung der oberen Extremität, des linken Schultergürtels und der linken Brustdrüse. — 2 Photographien und 1 Röntgenbild veranschaulichen den Zustand. **Gückel** (Kondal, Saratow).

29) Schmitz. Über Frakturen und Luxationen der Handwurzelknochen.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 6.)

Verf. durchleuchtete mit Röntgenstrahlen während eines Zeitraumes von 20 Monaten alle dem Lazarette zugehenden Fälle von Verletzungen des Handgelenkes, auch die nur mit der Diagnose »Verstauchung« überwiesenen. Unter 27 Fällen, von denen 20 mit der Diagnose Verstauchung des Handgelenkes in das Lazarett geschickt wurden, konnten durch Röntgenbild 16mal Brüche resp. Verrenkungen der Handwurzelknochen festgestellt werden. Das Kahnbein war stets bei diesen Verletzungen beteiligt; am häufigsten verletzt wurde nach dem Kahnbeine das Mondbein und das Os capitatum angetroffen. Die Röntgenbilder richtig zu deuten, ist nicht immer leicht, zur Vergleichung ist die Aufnahme der gesunden Hand erforderlich; und trotzdem können falsche Deutungen des Bildes mit unterlaufen. **Herhold** (Altona).

30) Lund. Congenital anomalies of phalanges with report of cases studied by skiagraphy.

(Boston med. and surg. journ. 1902. Dezember.)

L. gibt eine kurze entwicklungsgeschichtliche Einleitung der Extremitätenbildung und leitet die angeborenen Mißbildungen von der Entwicklung ab. 8 Fälle werden genau unter Beifügung von Röntgenbildern mitgeteilt. Bei allen tritt die Vererbbarkeit in hohem Maße hervor. Sämtliche Personen hatten Eltern, Geschwister oder andere nahe Verwandtschaft, bei welchen gleiche oder ähnliche Mißbildungen vorlagen. Die Familiengeschichten sind beigegeben. Die Mißbildung der Eltern ist ohne Unterschied auf Knaben und Mädchen vererbbar. Die meisten der mitgeteilten Fälle war durch Operation nicht beeinflußbar wegen zu hohen Grades der Mißbildung; bei einigen war sie versucht, jedoch machte nachträgliche Narbenzusammenziehung das Ergebnis wieder zunichte.

Trapp (Bückeburg).

31) Dubois (Bern). Radikuläre Lähmung im Bereiche der Sakralwurzeln.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 12.)

Eine 46jährige Dame, welche vor 3 Jahren an rechtsseitiger Ischias gelitten, erkrankte in leichterem Grade 3 Jahre später wieder. Um ihren Schmerz zu be-

kämpfen, hockte sie mit heftigem Ruck nieder und hatte alsbald einen starken Schmerz, an den sich allmählich eine Lähmung der Blase, des Sphincter ani und der Genitalmuskulatur, sowie eine Anästhesie mit radikulärer Anordnung am Gesäß, in einem Streifen an den Beinen und beiden Füßen anschloß, Störungen, die in mehreren Monaten nur unvollständig zurückgingen. D. nimmt, gestützt auf eine frühere Beobachtung und einen Sektionsbefund von Frau Déjerin-Klumpke eine Erkrankung im Wirbelkanale, und zwar eine Blutung in der Cauda dicht unter dem Conus, an.

Verf. empfiehlt bei dieser Gelegenheit ein vertiefteres Studium der Symptomatologie und pathologischen Anatomie der Ischias, deren Ursachen nach seiner Erfahrung sehr oft innerhalb des Wirbelkanales liegen mögen; die oft begleitenden Lumbagoerscheinungen, die Doppelseitigkeit, das fast regelmäßige Fehlen der motorischen Parese, die häufige Atrophie der Muskeln ohne entsprechende Lähmung sprechen ihm für eine solche Annahme. **P. Stolper** (Breslau).

32) **Tubenthal.** Myositis ossificans oder Osteosarkom?

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 9.)

T. schildert, wie sich nach einem einmaligen Trauma, Fall auf die linke Gesäßbacke, bei einem Kanonier eine große, die ganze linke Gesäßhälfte einnehmende Geschwulst entwickelte. Bei der Operation erwies sich dieselbe fest verwachsen mit der Muskulatur, dem Knochen aber nur lose aufsitzend. Es handelte sich um eine Knochencyste, deren mikroskopische Untersuchung ergab, daß ein Osteosarkom vorlag. Die Entstehung dieser Geschwulst denkt sich Verf. ähnlich der Entstehung einer Myositis ossificans traumatica, nur müsse eine besondere Disposition des Verletzten für die Entwicklung des Sarkoms angenommen werden. Der betreffende Kranke wurde durch die Operation geheilt.

Herhold (Altona).

33) **Overmann.** Über Myositis ossificans traumatica.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 11.)

Verf. weist auf die Seltenheit in der Literatur veröffentlichter Fälle hin, in welchen eine Myositis ossificans nach einem einmaligen Trauma entstand. Er beobachtete, daß bei einem Husaren durch Hufschlag gegen den Oberschenkel zwischen Vastus internus und Rectus cruris zwei kleinere und, unmitelbar auf dem Femur aufliegend, ein größeres, Knochengewebe zeigendes Gebilde sich entwickelte. Aus dem schalenartigen Bau des letzteren mußte geschlossen werden, daß es sich nicht um eine Knochenhautentzündung, sondern um eine Umwandlung von Muskel- in Knochengewebe handelte. Es werden die Ansichten zahlreicher Autoren über die Ursachen der Myositis ossificans traumatica besprochen.

Herhold (Altona).

34) **Hoeftmann.** Einige Mitteilungen aus der Praxis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Verf. beschreibt einen aus Wasserglas konstruierten einfachen Stützapparat, der ihm bei Hüft- und Kniegelenkserkrankungen sehr gute Dienste geleistet hat. Außerdem hat er sich auch zur Anfertigung künstlicher Glieder des Wasserglases bedient und gibt eine Schilderung, wie man derartige Prothesen anfertigen kann. Natürlich sind solche Hilfsmittel heutzutage nur ein Notbehelf. Leicht ist übrigens auch, einen Stelzfuß in einen künstlichen Fuß umzuwandeln. Mittels seiner so einfach angefertigten Apparate hat H. ein Mädchen mit angeborenem vollständigem Defekt beider Beine so weit gebracht, daß sie bis zu $^1/_4$ Meile zu gehen vermag. Zum Schlusse zeigt Verf. noch, wie man Kniekontrakturen unter Benutzung von Verschiebungen der Gelenke und unter teilweiser Zuhilfenahme von Gummizügen relativ leicht redressieren kann und wie man diese exzentrischen Gelenke auch bei anderen Erkrankungen sowie bei Amputierten am Unterschenkel mit ganz kurzem Stumpfe zu verwenden vermag.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

35) **T. Kölliker. Osteotomie und Osteoklase bei rachitischen Deformitäten der unteren Extremität.**

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Verf. hat 47mal Osteotomie und 13mal die Osteoklase ausgeführt. Die Operation bei rachitischen Deformitäten bleibt indessen eine Ausnahme, die Zahl der Operierten ist zu der Ziffer der exspektativ Behandelten eine verhältnismäßig nicht sehr große. Die Technik für die Osteotomie bei Genu valgum und Verkrümmung der Unterschenkel ist näher beschrieben. Bei Kindern wird zunächst die Osteoklase versucht, zuerst manuell, wenn dies mißlingt, mit dem Osteoklast-Redresseur von Lorenz. Wiederholt hat K. die Osteotomie am Femur wegen deform geheilter Knochenbrüche ausgeführt. Bei starker seitlicher Verschiebung fand er eine schräg verlaufende Knochendurchmeißelung zweckmäßig.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

36) **E. v. Bergmann. Zur Kasuistik des arteriell-venösen traumatischen Aneurysma.**

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Obgleich zur Zeit eine Zusammenstellung der Schußverletzungen im Burenkriege durch die englische Armeeverwaltung noch nicht erfolgt ist, scheint aus den bisherigen Publikationen der Schluß erlaubt, daß den Verletzungen der Arterien durch das moderne kleinkalibrige Mantelgeschoß die nachträgliche Entwicklung eines Aneurysma eigentümlich ist. v. B. hatte selbst Gelegenheit, den 26jährigen Andries de Wet wegen eines solchen Aneurysma am linken Oberschenkel zu operieren. Der Sitz desselben war an der Durchtrittsstelle der Art. femoralis durch den Adduktorenkanal zu vermuten. Deshalb wurde ins untere Viertel des Oberschenkels in die Fossa Joberti eingegangen. Nachdem die vielleicht auf das Dreifache ihres Volumens entwickelte Vena poplitea isoliert und ebenso wie die Arterie oberhalb und unterhalb des Sackes unterbunden war, wurde die ganze aneurysmatische Geschwulst exstirpiert. Die Vene war an der Vereinigungsstelle mit der Arterie zu einem hühnereigroßen Varix ausgedehnt. Das Loch, das aus ersterer in die letztere führte, maß 3 mm im Umfange, war kreisrund und hatte glatte, scharfe Ränder. Beide Gefäße waren an der Kommunikationsstelle fest miteinander verwachsen. An der Öffnung der Venenwand befand sich eine halbmondförmige Klappe, welche beim Einströmen des Blutes in die Vene in pulsatorische Schwingungen versetzt wurde, woraus ein ungemein starkes, fühlbares Schwirren an der Innenfläche von Knie und Oberschenkel zu erklären war.

v. B. kann aus dem südafrikanischen Kriege noch 10 andere arteriell-venöse Aneurysmen der Femoralis und Poplitea zusammenstellen, davon 6 in derselben Gegend, in der das von ihm operierte Aneurysma lag. Er nimmt an, daß zur Entstehung eines arteriell-venösen Aneurysma die sofortige Kontinuitätstrennung der Gefäße, nicht bloß eine Quetschung, wie dies Hodgson annimmt, gehört. Die primäre wie sekundäre Blutung in seinem Falle spricht deutlich für diese Ansicht, ebenso wie der Operationsbefund, bei dem das Bindegewebe um die Gefäße locker und weich war wie in der Norm und sich leicht zur Isolierung des Varix abstreifen ließ. v. B. hat noch zweimal Gelegenheit gehabt, Aneurysmen gleicher Art an der Femoralis in derselben Weise zu beseitigen. Obschon das Resultat in allen Fällen ein sehr gutes war, glaubt er, daß er in dem ersten Falle bei der Enge der Verbindungsstelle zwischen Arterie und Vene einfach an dieser selbst hätte unterbinden sollen, um danach den Varix zu exstirpieren. Es hätte dann allerdings eine seitliche Arteriennarbe gegeben, die vielleicht im Laufe der Zeit Gelegenheit zur Bildung eines Aneurysma verum gegeben hätte. Auch für die Arteriennaht wäre der Fall nicht ungeeignet gewesen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

37) **Helferich.** Zwei Vorschläge zur Improvisation für den Transport von Oberschenkelbrüchen.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 5.)

Der erste Vorschlag besteht darin, daß die zusammenlegbare Krankentrage durch Umbiegen im Scharniergelenke nach oben eine schiefe Ebene herstellt, auf welcher der Verletzte nach Erhöhung der Kopflehne gelagert wird. Der zweite Vorschlag ist die Konstruktion zweier gegeneinander geneigter Bretter zu einer doppelt geneigten schiefen Ebene, welche auf die Mitte der nicht zusammengeklappten Trage gestellt wird. Diese Bretter nehmen nur sehr wenig Platz ein, außerdem lassen sie sich überall im Felde leicht finden und zu dem genannten Zwecke zurecht schneiden. Zwei Zeichnungen dienen zur Erläuterung.

Herhold (Altona).

38) **H. W. Page.** Two cases of arthritis of the knee.

(Transact. of the clin. soc. of London Vol. XXXV. p. 84.)

P. schildert 2 nach Traumen entstandene Fälle von Kniegelenksentzündung, die mit äußerst heftigen Beschwerden und geringem Fieber auftraten und die durch keine andere Behandlung als durch Punktion des Gelenkes und nachfolgende Waschung mit einer Karbollösung beeinflußt werden konnten. In der aspirierten gelben und zähen Flüssigkeit fanden sich zahlreiche Diplokokken, deren intravenöse, bei einer Ratte vorgenommene Injektion Polyarthritis und Herzerkrankung hervorrief. Durch den aus dem Knie eines 3. Pat. gewonnenen Diplokokkus hatte P. nach intravenöser Injektion bei einer Ratte eine monoartikuläre Osteoarthritis erzeugt. P. meint daher, daß derselbe Diplokokkus in dem einen Falle einen allgemeinen infektiösen Gelenkrheumatismus, in dem anderen Falle einen mehr chronischen osteoarthritischen Prozeß hervorrufen könne.

Herhold (Altona).

39) **K. Port.** Über die Ausgleichung der Knochendeformitäten.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 48.)

In einem Falle von hochgradiger rachitischer Verkrümmung des Unterschenkels eines Kindes, bei welchem im Laufe der Zeit eine sehr erhebliche Geradstreckung des Knochens allmählich eingetreten war, gab das Röntgenbild Aufschluß über die Art und Weise, wie die Geradstreckung vor sich geht. Das obere Ende des Knochens war mit einer Ecke abgesetzt und gerade gerichtet; unterhalb der Ecke bestand eine Krümmung, die auf der konkaven Seite der Diaphyse durch eine erhebliche Verdickung der Corticalis periostalen Ursprunges ausgefüllt war. Die Geradrichtung war also einerseits durch kompensierende Abweichung der Knochenlängsachse an der Epiphysengrenze infolge ungleichmäßiger Knochenbildung an dieser Stelle, andererseits durch die ausgleichende ungleichmäßige Tätigkeit des Periostes erfolgt. — Auf Grund dieser Feststellung wendet sich P. gegen J. Wolff's zu weitgehende Schlußfolgerungen seines Transformationsgesetzes und spricht sich dahin aus, daß neue statische Verhältnisse nur beim wachsenden Individuum auf den noch neu hinzuwachsenden Knochen, beim Erwachsenen nach einer Verletzung oder Entzündung auf den durch diesen Reiz neu sich bildenden Knochen einwirken können.

Kramer (Glogau).

40) **O. G. Schieman.** Zwei Fälle von subkutaner Trlusverrenkung, operativ geheilt.

(Verhandlungen der Gesellschaft russ. Chirurgen in Moskau.)

(Beilage zur Chirurgie 1902. [Russisch.])

Im 1. Falle war der Talus um 90° um die vertikale Achse und ein wenig um die horizontale gedreht, das Lig. talo-naviculare und talo-calcaneum ext. zerrissen, das Lig. sinus tarsi intakt. Im 2. Falle war der Talus um die vertikale und um die horizontale Achse gedreht, das Lig. talo-naviculare, zum Teil auch das Lig. sinus tarsi zerrissen. Reposition, Heilung nach 10 resp. 7 Wochen.

Gückel (Kondal, Saratow).



41) **Keller** (Berlin). **Zur Ätiologie angeborener Klumpfüße und Gelenkkontrakturen.**

(Archiv für Gynäkologie Bd. LXVII. Hft. 2.)

K. schildert einen klassischen Fall von angeborenen Klumpfüßen mit begleitenden Ankylosen in beiden Hüftgelenken, welcher ohne Zweifel die Erklärung dieser Affektion als intra-uterine Belastungsdifformitäten sehr wahrscheinlich machen. Die Entstehung dieser abnormen Fixation der Extremitäten in der typischen intra-uterinen fötalen Haltung muß in diesem vorliegenden Falle auf die erste Hälfte des intra-uterinen Lebens und abnormen Fruchtwassermangel zurückgeführt werden. Die Wirkung des erhöhten Innendruckes, die noch nach der Geburt an den dauernden Druckschwielen (mikroskopisches Bild!) über den Epikondylen beider Humeri und über den Spinae scapulae zu erkennen war, äußerte sich so hochgradig in den geschilderten Hüftgelenksankylosen, daß auch eine im 6. Monate der Schwangerschaft auftretende Zunahme des Fruchtwassers (Hydramnion) trotz wiederhergestellter Bewegungsfreiheit der Frucht keinen Rückgang der Kontrakturen herbeiführte. Eine vorzügliche Tafel veranschaulicht die monströse Haltung der Frucht, welche gewissermaßen auf den engsten Raum zusammengepresst ist und die schwere Weichteilverletzung, welche in der Leistenbeuge bei dem Versuche der Extraktion am unteren Ende entstand.

Kroemer (Gießen).

42) **O. v. Wartburg. Über das Mal perforant des Fußes.**

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Aus der Züricher Klinik berichtet Verf. über 14 Fälle von bösartigem Fußgeschwür und zeigt an der Hand dieses Materiales, daß die Ätiologie dieser Erkrankung nach unseren bisherigen Kenntnissen durchaus keine einheitliche ist. 6 der Fälle stützten die Auffassung von der trophoneurotischen Natur des Leidens, 2mal war eine Arteriosklerose verantwortlich zu machen. Die übrigen 6 Fälle konnten weder zu der einen noch zu der anderen Gruppe gerechnet werden.

Blauel (Tübingen).

V. Internationaler Dermatologen-Kongreſs.
Berlin 1904.

Für den vom 13. bis 17. September 1904 zu Berlin stattfindenden V. internationalen Dermatologen-Kongreß sind von Seiten des Organisationskomités folgende 3 Themata aufgestellt worden:

1) *Die syphilitischen Erkrankungen des Circulationsapparates.*
2) *Die Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien.*
3) *Die Epitheliome und ihre Behandlung.*

Der General-Sekretär
O. Rosenthal.

Notiz.

Ich bitte die Herren, welche die Sauerstoff-Chloroformnarkose angewendet haben, mir zur statistischen Verwertung die Anzahl der gemachten Narkosen und kurz die Erfahrungen mit derselben (Eintritt der Narkose, Atmung, Puls, Erbrechen in und nach der Narkose, Cyanose, Asphyxie, Dauer, Chloroformverbrauch etc.) freundlichst mitteilen zu wollen. *Dr. **Heinz Wohlgemuth,***
Berlin NW., Lessingstraße 37.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 13. Sonnabend, den 28. März. 1903.

(Aus der chirurgischen Klinik des Prof. Dr. Wölfler in Prag.)

Gesichtsplastik mit Verschiebung der Gesichtshaut unter temporärer Aufklappung der weichen Nase[1].

Von

Prof. Dr. Hermann Schloffer,
Assistenten der Klinik.

Die direkte Vereinigung der Defektränder bietet bei Substanzverlusten im Gesicht, falls sie ohne entstellende Verziehung (Ektropium und dgl.) gelingt, sowohl in funktioneller als auch in kosmetischer Hinsicht gute Resultate, und es pflegt sich bekanntermaßen danach, das anfänglich erreichte Resultat im Laufe von Wochen und Monaten durch eine »Selbstdehnung« der zurückbleibenden und unter Spannung vereinigten Teile nicht unerheblich zu verbessern.

[1] Erscheint ausführlich in den »Beiträgen zur klinischen Chirurgie«.

An der Unterlippe greifen wir aus diesem Grunde auch dann noch gern zur direkten Vereinigung der Defektränder, wenn ausgedehnte Partien, die Hälfte oder zwei Drittel der Lippe verloren gegangen sind (Keilexzision). An der Oberlippe dagegen eignen sich im allgemeinen nur kleinere Defekte zur direkten Vereinigung und auch diese nur dann, wenn sie sich nicht auch auf die der Nase benachbarten Teile der Lippe oder gar der Wange erstrecken. Denn in Fällen der letzteren Art entstehen durch die direkte Vereinigung sehr entstellende Verziehungen der Nase, Lippe und Wange, welche nicht in Kauf genommen werden können. Zahlreiche Lappen-

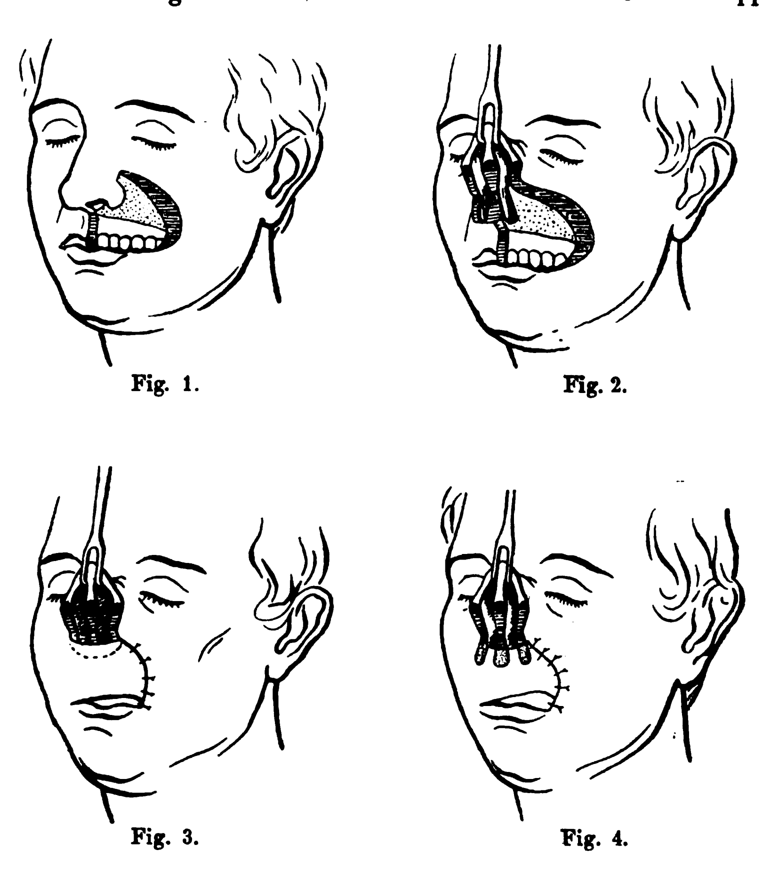


Fig. 1. Fig. 2.

Fig. 3. Fig. 4.

methoden sind deshalb für Defekte an der Oberlippe an die Stelle der direkten Wundnaht gerückt. Bekanntlich dürfen aber plastische Lappen niemals unter erheblicher Spannung eingenäht werden, und so begeben sich alle diese Lappenmethoden des Vorteiles der allmählichen Dehnung der erhaltenen Reste der Lippe und der Aussicht auf eine dadurch bedingte Größenzunahme derselben.

Ich möchte nun im folgenden ein Verfahren beschreiben, das mir in 5 Fällen von recht ausgedehnten Defekten der Oberlippe

bezw. der Oberlippe und Wange die direkte Vereinigung gestattet hat, in Fällen, in denen wir ohne dieses Verfahren die Verwendung plastischer Lappen nicht hätten umgehen können.

Das Wesen des Verfahrens besteht darin, daß die erhaltenen Reste der Lippe und Wange durch eine temporäre Aufklappung der knorpeligen Nase in ihrer Verschieblichkeit von der Nase unabhängig und, sofern dies dann noch nötig ist, durch eine mehr oder weniger ausgiebige Ablösung von der Vorderfläche der Oberkiefer beweglicher gemacht werden. Die Methode wird in der Weise geübt, daß nach Exzision des Erkrankten zunächst die Nasenflügel durch Schnitte, die genau in der Nasen-Wangenfurche beginnen und von dort gegen die inneren Augenwinkel zielen (s. Fig. 5) und dann auch das Septum nasi durch einen in derselben Ebene verlaufenden Schnitt von ihrer Unterlage abgetrennt werden. Ist die Nase dadurch so weit beweglich geworden, daß sie gut emporgeklappt werden kann (Fig. 2), so werden nun die Defektränder mit den angrenzenden Partien der Lippe und Wange in ziemlicher Ausdehnung von der Vorderfläche der Oberkiefer, event. auch der Jochbeine abpräpariert, dann einander genähert und durch direkte Naht vereinigt (Fig. 3). Läßt man nun die Nase wieder herunterfallen, so kommen die Wundflächen an den Nasenflügeln und am Septum natürlich auf andere Stellen der Lippen- bezw. Wangenhaut zu liegen als früher. Um sie nun wieder zu befestigen, müssen zuerst entsprechende Anfrischungen an der verschobenen Gesichtshaut gemacht (Fig. 4) und hernach die Nase auf diese Anfrischungsstellen festgenäht werden (Fig. 5).


Fig. 5.

Die Methode eignet sich in erster Linie zum Verschlusse von Defekten, welche die eine Oberlippenhälfte (event. zwei Drittel der Lippe) und die angrenzenden Teile der Wange betreffen. Sie kann natürlich mit den verschiedensten anderen Methoden der Gesichtsplastik kombiniert werden und dann auch bei der Deckung großer Wangendefekte vorteilhaft Verwendung finden. In einem Falle konnte ich durch Kombination mit der Bildung eines Visierlappens zum Ersatze der Unterlippe und der dieser angrenzenden Wangenteile einen großen derartigen Defekt schließen, der sonst hätte durch eine Meloplastik mittels gedoppelter Lappen behandelt werden müssen. Auch isolierte Wangendefekte können durch diese geschlossen werden, und ebenso kann dieselbe bei großen Defekten in der Mitte der Oberlippe Verwendung finden. Meines Erachtens würde die temporäre Aufklappung der knorpeligen Nase auch bei der Operation schwerer Hasenscharten gelegentlich gute Dienste leisten können. Ich halte die Methode für sehr leistungsfähig und deshalb für empfehlenswert.

---

1) **L. Königsberger.** Hermann v. Helmholtz. I. Band.

Braunschweig, **Friedr. Vieweg & Sohn,** 1902. XI u. 375 S., 3 Bildnisse.

Im vorliegenden Buch, dessen zweite, abschließende Hälfte in kurzem erscheinen soll, ist es dem Verf. gelungen, in ebenso ansprechender wie belehrender Weise den Lebensgang des genialsten deutschen Naturforschers der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts darzustellen, des Mannes, der ebensowohl die Physiologie wie die praktische Medizin gefördert, der der Physik neue Wege gewiesen, der zu den größten Mathematikern seiner Zeit gehört, der im Gebiete der Philosophie die Erkenntnistheorie auf neuen Grundlagen aufgebaut, der endlich schon als junger Mann gleichzeitig mit Robert Mayer, aber unabhängig von ihm, durch seine Arbeit über die Erhaltung der Kraft ein allumfassendes Prinzip der Naturforschung aufgestellt hat, das sich schnell die Anerkennung seines allgültigen Wertes zu erringen vermochte.

Der vorliegende erste Band verfolgt zunächst Schritt für Schritt die Entwicklung des Knaben in dem hochgebildeten Hause seiner Eltern; der Vater war Gymnasialprofessor in Potsdam und als solcher auch der Lehrer seines Sohnes, übrigens bis an sein Lebensende ein enthusiastischer Verehrer und Mitarbeiter auf dem Gebiete der Philosophie, auf dem er mit dem Sohn nicht immer zusammenstimmte. Dann begleiten wir an des Verf. Hand den schnell sich entwickelnden Jüngling durch seine Studentenjahre und den frühreifen Mann durch die drei ersten Lustren seiner Lehrzeit bis zu dem Jahre 1861, das insofern einen Abschnitt in seinem Leben bildet, als er in ihm die Ehe mit seiner zweiten Gattin — Anna v. Mohl — einging, einer Frau, die in jeder Beziehung seinem Bedürfnis entsprach und deren Urteil ihm stets eine Autorität gewesen, wie uns ein Brief der Schwester von Helmholtz erster Frau versichert, mit dem das Buch abschließt.

Schon früh offenbarten sich bei Helmholtz ebensowohl seine großen und vielseitigen Naturanlagen, wie der das wahre Genie kennzeichnende Fleiß, der, nicht rastend, die Fülle des Wissens in sich aufnimmt und ordnet, um nun mit ebenso weitem wie tiefem Blick die großen Probleme zu lösen, die für den beschränkteren Geist unerforschlich bleiben. Schon auf dem Gymnasium, das er, kaum 17 Jahre alt, mit trefflichstem Zeugnis verließ, hatte er neben den vorgeschriebenen Sprachstudien auch noch englisch und italienisch, hebräisch, ja arabisch getrieben, sich aber vor allem sehr gründlich und über das erforderliche Maß mit Mathematik und Physik beschäftigt und daneben doch noch Zeit gefunden, sich auch in Musik auszubilden. Solche selbständigen Arbeiten wurden auch nicht aufgegeben, als sich der Zögling des Friedrich-Wilhelms-Institutes dem Studium der Medizin widmete, wobei er bald von den geistreichen Vorlesungen Johannes Müller's angezogen wurde und Gelegenheit fand, ihm näher zu treten. Bei ihm lernte er auch seine Studiengenossen du Bois und Brücke kennen, und schnell

schloß ein enger Freundschaftsbund die Gleichstrebenden aneinander, deren jeder für sich und doch im gemeinschaftlichen Austausch wissenschaftliche Probleme selbständig zu bearbeiten begann. Schon in seiner Dissertation bewährte sich das genaue Forscherauge von Helmholtz; bewies er in ihr doch den bis dahin ungekannten Ursprung der Nervenfasern aus den Ganglienzellen.

Die nun folgenden Potsdamer Jahre ließen dem jungen Militärarzt genügende Zeit zu Eigenforschungen in dem Gebiete der Physiologie, besonders über Fragen zur tierischen Wärme. Schon früh aber, und allmählich mehr und mehr beherrschte sein ganzes Denken die Frage von der »Konstanz der Kraft«, bis er sich im Juli 1847 imstande sah, seine Ansichten darüber in einem in der Berliner physikalischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag öffentlich auszusprechen. Das Manuskript dieser ganz hervorragenden Arbeit, betitelt »Über die Erhaltung der Kraft«, erhielt nicht die Aufnahme in Poggendorf's Annalen, auch traf sie, als sie selbständig erschien, zunächst noch auf vielseitigen Widerstand, hat sich dann aber doch verhältnismäßig rasch jene beherrschende Stellung erobert, die sie in der Physik und Biologie zur Zeit allerorten einnimmt.

All diese Untersuchungen wurden bei dem Mangel eines Institutes und feinerer Instrumente unter den schwierigsten Außenverhältnissen vorgenommen, bis es dem 27jährigen glückte, die Stelle des Lehrers der Anatomie an der Berliner Kunstakademie und eines Gehilfen der anatomisch-zootomischen Sammlung in Berlin und schon $^1/_2$ Jahr später auf Empfehlung Joh. Müller's ein Extraordinariat fur Physiologie und allgemeine Pathologie in Königsberg zu erlangen. Hier entstanden u. a. die Arbeiten über die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Nervenreizung, hier wurde — ein Intermezzo in den theoretischen Forschungen — der nicht allein die Ophthalmologie, nein die gesamte medizinische Wissenschaft so wunderbar fördernde Augenspiegel konstruiert, hier von dem bald zum Ordinarius ernannten Gelehrten das Gebiet der physiologischen Optik beschritten, auf dem er in den nächsten Jahren so Großes leisten sollte, und schon manches jener tiefen mathematischen Probleme behandelt, die zu beurteilen Ref. außer Stande ist. Und mit welchen einfachsten Apparaten mußte er sich bei solchen Forschungen bei dem geringen Etat seines Institutes behelfen! »Aus den Garnröllchen seiner Frau und den Bausteinen seiner Kinder, aus Wachsstockendchen und Schnürchen konstruierte er sich selbst die kleinen Apparate für seine optischen Versuche.«

Mit den Apparaten sah es nicht besser in Bonn aus, wohin Helmholtz 1855 als Professor der Physiologie und Anatomie versetzt wurde; aber hier las er doch gleich im ersten Semester vor 45 Zuhörern; in Königsberg waren es 8 gewesen. Hier erschien bald die erste Lieferung der physiologischen Optik, während sich ihr Verf. gleichzeitig schon eingehend mit Akustik beschäftigte, die Grundlage zur »Lehre von den Tonempfindungen« legend, dem

Buch, das später der physiologischen Optik gleichwertig an die Seite trat.

Wieder nach 2 Jahren empfiehlt die Heidelberger medizinische Fakultät einzig Helmholtz für den Lehrstuhl der Physiologie allein mit Ausschluß der Anatomie. Er wäre gern in Bonn geblieben; aber die preußische Regierung hielt ihn nicht, trotz der Fürsprache des Prinzen v. Preußen, und so gewann Baden neben Bunsen und Kirchhoff auch Helmholtz, die nun der Universität am Neckar eine Zeit des Glanzes schufen, »wie sie selten für eine Universität da war und nicht leicht wiederkehren wird«. Dem Studium der Gefühls- und den Tonempfindungen widmete Helmholtz hier seine ganze Aufmerksamkeit und stieg dabei bei der Lösung einiger Fragen — z. B. über die Theorie der Luftschwingungen in Röhren mit offenen Enden — in Höhen der mathematischen Forschung, wohin dem gewöhnlichen Sterblichen zu folgen nicht gegeben ist.

Haben wir so bis zu dem Zeitpunkt, mit welchem dieser erste Band der Biographie abschließt, kurz die hauptsächlichsten wissenschaftlichen Arbeiten erwähnt, die K. mit tiefem Verständnis in ihrem Werden und ihren Resultaten genau behandelt, so bleibt uns nur noch übrig hervorzuheben, daß der Autor dem Menschen Helmholtz mit gleicher Liebe gerecht wird wie dem Gelehrten und Forscher. Das Leben im Elternhause und den regen brieflichen Austausch mit dem Vater bis zu dessen Tode, den innigen Verkehr mit seinen Freunden im In- und Auslande, Glück und Unglück in der eigenen Familie, die Freude an allen edlen literarischen und Kunstbestrebungen wie an der schönen Natur, das alles lernen wir nicht nur aus den Darstellungen des Biographen kennen, sondern auch aus den zahlreich eingefügten Briefen von und an Helmholtz, durch die uns Schreiber und Empfänger besonders nahe treten.

Indem wir noch auf die vornehme Ausstattung des Buches, auf die dasselbe schmückenden drei Bildnisse und auf das mitgegebene Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten von Helmholtz hinweisen, wünschen wir der Biographie dieses Heroen der Wissenschaft eine große Zahl von Lesern. **Richter** (Breslau).

---

2) **J. A. Blake** (New York). The surgical aspects of the status lymphaticus.

(Annals of surgery 1902. Juni.)

B. berichtet über 7 Todesfälle infolge von Status lymphaticus, welche er innerhalb eines Zeitraumes von wenig mehr als einem Jahre beobachtet hat. 4. Pat. starben während oder unmittelbar nach einer Narkose, die drei anderen unter dem Bilde der Herz- und Atmungslähmung.

Verf. vertritt die Ansicht, daß zwar Fälle vorkommen, in denen die vergrößerte Thymus eine Kompression der Luftröhre und dadurch Dyspnoë oder gar Erstickung herbeiführen kann, daß aber die Hyper-

plasie der Thymus meist nur eine Teilerscheinung des »Status lymphaticus« und an diesem der gesamte Lymphapparat des Körpers beteiligt sei. Die hierauf zurückzuführenden Todesfälle stellen sich als Fälle von Herz- oder Atmungslähmung dar, gewöhnlich unter dem Einfluß einer äußeren Schädlichkeit, die von gesunden Individuen leicht ertragen zu werden pflegt. Hierhin gehört in erster Linie die Narkose. Ob die Chloroform- oder Äthernarkose gefährlicher sei, hält B. bei nicht genügendem Beobachtungsmaterial für fraglich. Aber auch andere äußere Schädlichkeiten können derartigen Kranken leicht verderblich werden.

Die Diagnose des Status lymphaticus am Lebenden ist außerordentlich schwer, ja meist unmöglich, so daß Narkosentodesfälle wegen Status lymphaticus zur Zeit kaum zu vermeiden sein werden.

Verf. rät zu genauer Untersuchung des Nasen-Rachenraumes und der oberflächlichen Lymphdrüsen. Hier und da sind auch vergrößerte Gekrösdrüsen zu fühlen. Die Blutuntersuchung bietet leider keinen sicheren Anhaltspunkt für die Diagnose.

Besteht der Verdacht auf Status lymphaticus (bei Kindern früher beobachteter Laryngismus, Rachitis, Vergrößerung der Schilddrüse, bei Erwachsenen häufige Ohnmachten), so rät B. von Anwendung der Narkose ab.

Seefisch (Berlin).

---

3) **H. v. Ranke.** Altes und Neues zur pathologischen Anatomie des nomatösen Brandes.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 1.)

Verf. bringt zur Erläuterung der bei Noma von ihm beobachteten Kernveränderungen eine Reihe von Abbildungen und berichtet im weiteren, daß auch er in einem jüngst untersuchten Falle die von Perthes und Seiffert in nomatösem Gewebe nachgewiesenen Streptothrixfäden gefunden habe, welche in großer Mächtigkeit, wie ein Fasergestrüpp, das Gewebe ersetzen und in das gesunde auswuchern, um dessen Zellen zu umspinnen und ihren Tod zu verursachen. Ein der Noma verwandter Prozeß von Gewebsnekrose kommt bei einer Reihe unserer Haustiere vor und wird durch einen gleichfalls anaëroben fadenförmigen Pilz, den Nekrosebazillus, der mit dem Streptothrix der menschlichen Noma identisch zu sein scheint, hervorgerufen.

Kramer (Glogau).

---

4) **Kühn.** Zur diagnostischen Bedeutung der Leukocytenwerte bei Typhus abdominalis und bei chirurgischen Eiterungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 49 u. 50.)

Das Gesamtergebnis der von K. aus der Rostocker medizinischen Universitäts-Klinik verwerteten Beobachtungen ist, daß die Leukocytenzählung auch für nicht perityphlitische Eiterungen, für chirurgi-

sche Erkrankungen und Entzündungen der verschiedensten Art einen nicht zu unterschätzenden diagnostischen Wert besitzt. Nur muß im Auge behalten werden, daß schwere septische Prozesse oder Allgemeininfektionen normale oder subnormale Leukocytenzahlen aufweisen können, ferner, daß die Hyperleukocytose bei chronischen entzündlichen Prozessen weniger ausgeprägt ist und schließlich, daß sie bei vollentwickeltem und namentlich bei abgekapseltem Abszeß schon wieder verschwunden sein kann. **Kramer** (Glogau).

---

5) **Coste.** Über das Verhalten der Leukocyten bei Appendicitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 49.)

C.'s Untersuchungen an 29 Appendicitisfällen des Straßburger Garnisonlazaretts ergaben folgendes: Bleibt bei einer akuten Appendicitis die Zahl der Leukocyten normal oder steigt sie nur vorübergehend zu unbeträchtlicher Höhe, so handelt es sich um einen auf den Wurmfortsatz beschränkten Krankheitsprozeß oder ein seröses Exsudat, und der Verlauf ist meist ein leichter. Zu beachten bleibt indes, daß bei einer auf die Appendix beschränkten Erkrankung jederzeit durch Perforation eines Kotsteines eine eitrige Peritonitis eintreten kann — ein Ereignis, das sich naturgemäß nicht durch Leukocytose, sondern durch Zunahme der Schwere der Symptome ankündigt. Steigt die Zahl der Leukocyten über 22000, so kann man mit Sicherheit auf einen Abszeß rechnen. Bei eitriger Peritonitis steigt die Leukocytenzahl nur dann, wenn der Organismus noch genügende Widerstandskraft gegen die Infektion besitzt. Ein plötzliches Sinken der anfangs stark vermehrten Leukocytenzahl ist prognostisch ein schlechtes Zeichen. **Kramer** (Glogau).

---

6) **M. Wassermann.** Ein weiterer Beitrag zur diagnostischen Bedeutung der Leukocytose bei Appendicitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Verf. hat schon in einer früheren Arbeit auf die Wichtigkeit der von Curschmann empfohlenen Berücksichtigung der Leukocytose bei eitrigen Fällen von Appendicitis aufmerksam gemacht und betont nochmals, daß die Vermehrung der weißen Blutkörperchen imstande ist, die Wahl der Therapie wesentlich zu untersützen.

Wichtig ist besonders der Umstand, daß unabhängig von sonstigen Symptomen, d. h. bei Fehlen von Temperaturerhöhungen, vermehrter Pulsfrequenz, Schmerzen etc., allein die Vermehrung der Leukocyten eine Eiterung und lebensgefährdende Komplikation anzuzeigen imstande ist. W. schildert einen solchen Fall, wo allein auf dies Symptom hin trotz günstigster Allgemeinerscheinungen operiert wurde und man im Bauch auf sehr weitgehende und schwer-

wiegende Veränderungen traf. Schematisch soll natürlich auch dieses neuere und wichtige Symptom nicht angewendet werden; denn einerseits gibt es Fälle mit Hyperleukocytose, bei denen nach Lage des klinischen Verlaufes sicher ohne Eingriff auf Heilung zu rechnen ist, und manchmal fehlt die Leukocytenvermehrung, wo die übrigen Krankheitserscheinungen zur chirurgischen Therapie drängen. So namentlich bei sehr schwer kranken und geschwächten Individuen, deren Organismus schon wenig reaktionsfähig mehr ist, ferner bei chronischem Verlauf des Leidens und allseitiger schwartiger Abkapselung des Eiterherdes. Im ganzen gilt dem Verf. das Leukocytenphänomen als ein wichtiges Symptom.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

7) **M. J. Rostowzew.** Die Lehre von der Perityphlitis.

Diss., St. Petersburg, 1902. (Beilage zum Wojenno-med. Journal.) (Russisch.)

Die Arbeit ist eine erschöpfende Darstellung der Frage an der Hand der Literatur (3500 Nummern, darunter 100 russische) und der Fälle des Petersburger Obuchowhospitals (163 Fälle). Der erste Teil zerfällt in zwei Abschnitte: Geschichte, Embryologie, vergleichende Anatomie, Anatomie, pathologische Anatomie, Ätiologie und Bakteriologie werden im ersten Abschnitt — 213 Seiten — behandelt, klinische Einteilung, Symptomatologie, Diagnose und Differentialdiagnose, klinischer Verlauf, Komplikationen, Prognose, Behandlung, rezidivierende Perityphlitis auf 368 Seiten im zweiten Abschnitt. Der zweite Teil bringt eine Tabelle der anatomischen Lage des Blinddarmes und Wurmfortsatzes in 99 Fällen, eine Tabelle der Größe und des Zustandes der Appendix in 283 Fällen, Tabellen und Krankengeschichten der beobachteten 113 Fälle, endlich auf 163 Seiten das Literaturverzeichnis. Die ganze Arbeit umfaßt 1037 Seiten.

Aus dem reichen Inhalt sei hier folgendes hervorgehoben. Unter 99 Fällen lag die Appendix 6mal in der Fossa ileo-coecalis, 23mal frei in der Bauchhöhle medial vom Blinddarm, 21mal im kleinen Becken, 31mal hinter dem Blinddarm, 5mal links in der Bauchhöhle, 5mal in der Bauchhöhle über der Fossa ileo-coecalis (bei unregelmäßiger Lage des Blinddarmes), endlich 8mal extraperitoneal. — Inhalt des Wurmfortsatzes in 278 Fällen († 5 nicht angegeben): leer 15mal, Schleim 87mal, Eiter 14mal, blutiger Schleim 6mal, Kot 64mal, Kotsteine 22mal, Fremdkörper 27mal; in 43 Fällen war die Lichtung verödet.

Über die Beziehung der Darmwürmer zur Perityphlitis s. Referat in diesem Blatte 1903 Nr. 1. — 36 Wurmfortsätze wurden bei der Operation oder bei der Sektion untersucht, davon waren 33 perforiert oder gangränös (einmal Gangrän der äußeren Schichten bei gesunder Schleimhaut), 3 nicht perforirt. R. sah keine besondere Prädisposition Tuberkulöser zu Perityphlitis. Er führt zwei Fälle von tuberkulöser Typhlitis (Sektion) an, ferner zwei Fälle tuberkulöser Ge-

schwüre im Wurmfortsatz unter 33 tuberkulösen Individuen. Perforation eines typhösen Geschwürs in Wurmfortsatz wurde im Hospital nur einmal gesehen. — Klinisch bevorzugt R. eine Einteilung in drei Gruppen: leichte Fälle, wo nur der Fortsatz befallen ist (etwa katarrhalische Appendicitis); zweite Gruppe mit umschriebener Peritonitis; endlich die Fälle mit diffuser Peritonitis. In differentiell-diagnostischer Beziehung sind folgende Fälle interessant: Perityphlitis und gleichzeitig Wanderniere rechts; Senkungsabszeß, eine Appendicitis simulierend; rechtseitige Pleuritis, anfänglich unter Appendicitissymptomen verlaufend, ebenso ein Fall von Abdominaltyphus; Blutung und Vereiterung einer Gekrösdrüse bei Abdominaltyphus (in diesem Blatte 1902 p. 1097 referiert). Die Beziehungen der Perityphlitis zum weiblichen Genitale sind schon früher veröffentlicht und im Zentralblatt 1902 p. 824 und 829 besprochen worden. — R. beobachtete folgende erwähnenswerte Komplikationen bei Appendicitis: Phlegmone der Bauchwand 3mal, Perforation in die linke Lunge 1mal (†), Leberabszesse 2mal, Pneumonie und Lungeninfarkte 15mal, Parotitis 2mal, Ileussymptome infolge Torsion des Darmes 2mal, infolge Verklebungen zwischen Kolon ascendens und Blinddarm 1mal. Prognose: in Behandlung kamen meist schwerere Fälle, dabei in späteren Stadien. Von 163 starben 28 = 17,2%; von 140 Fällen begrenzter Perityphlitis starben 5 = 3,8%. Von 89 konservativ Behandelten starben 10 = 11,2%, von 74 Operierten 18 = 24,3%. 10 nicht operierte Fälle von diffuser Peritonitis endeten alle tödlich, von 16 Operierten wurden nur 3 geheilt. — Die Therapie muß abwartend, konservativ sein, aber dem Chirurgen überwiesen werden. Ruhe, strenge Diät, Opium als schmerzstillendes Mittel, Eis, später feuchtwarme Umschläge, keine Abführmittel im Anfang. R. spricht sich gegen die Frühoperation aus. Der Wurmfortsatz braucht nicht um jeden Preis entfernt zu werden. Bei Peritonitis ist Erfolg hauptsächlich bei der fibrinös-eitrigen Form, selten bei der putrid-eitrigen zu erwarten. Zu empfehlen ist Tamponade der Bauchhöhle mit aseptischer Gaze zur Abgrenzung des gesunden Peritoneums und zur Ableitung des Eiters nach außen. 18mal wurde unter dem Schutz solcher Tampons der Abszeß von der freien Bauchhöhle aus eröffnet, wobei in keinem Falle Peritonitis auftrat. — Was die rezidivierende Perityphlitis betrifft, so sah R. unter seinen Fällen 19mal Wiederholung der Anfälle; von den 28 Gestorbenen hatten 6 auch früher Anfälle gehabt.

Zahlreiche Illustrationen erläutern die wichtigeren pathologisch-anatomischen Befunde, ebenso eine kolorierte Tafel.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

8) **F. Majewski.** Ein Beitrag zur Behandlung der Streptokokkenperitonitis durch spezifisches Serum und indifferente Mittel.

(Przegląd lekarski 1902. Nr. 49.)

Verf. war bemüht, auf experimentellem Wege die Frage zu lösen, ob und inwiefern es möglich wäre, durch Applikation von Serum und indifferenten Mitteln das Entstehen einer Peritonitis trotz Infektion zu verhindern bezw. die bereits entstandene Bauchfellentzündung zur Heilung zu bringen. Vorläufig beschränken sich die in großem Rahmen angelegten Versuche des Verf. bloß auf Streptokokkenperitonitis. Die Versuche wurden an Kaninchen in 3 Serien unternommen. In der ersten Serie wurde dem Organismus zuerst Antistreptokokkenserum bezw. sterile Bouillon einverleibt, worauf erst die Infektion erfolgte, in der zweiten Serie erfolgten Infektion und Immunisierungsversuch gleichzeitig, in der dritten wurde das Serum erst nach erfolgter Infektion appliziert. Die sehr interessanten Resultate dieser Versuche lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1) Durch Einführung von 0,00006 ccm einer Streptokokkenbouillonkultur in die Bauchhöhle wurde eine in 36 Stunden tödlich verlaufende Peritonitis ausgelöst.

2) 24 Stunden vor erfolgter Infektion appliziertes Serum (2 ccm intraabdominal, bezw. 4 ccm subkutan) verhindert den Ausbruch der Folgen der Infektion.

3) 2 ccm sterile Bouillon ebenfalls 24 Stunden vor erfolgter Infektion injiziert, verhindern ebenfalls den Ausbruch derselben.

4) Wurde die Streptokokkenkultur zugleich mit dem Serum injiziert, so war bloß ein geringgradiges, vorübergehendes Unwohlsein der Versuchstiere ohne weitere Folgen zu konstatieren.

5) Ging die Infektion voraus, so konnten die Tiere durch Seruminjektion nach 8—10 Stunden noch gerettet werden, während eine Injektion nach 24 Stunden ohne Erfolg geblieben war.

Trzebicky (Krakau).

---

9) **Maydl** (Prag). Weitere Beiträge zur Indikationsstellung der Jejunostomie.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 1 u. 2.)

Verf. empfiehlt nochmals nachdrücklich die Jejunostomie, der er auf Grund seiner persönlichen Erfahrungen einen immer breiteren Raum in der Chirurgie einräumen möchte. Er unterscheidet folgende Indikationen. 1) Karzinom, insbesondere radikal nicht operable Fälle, bei denen eine hochgradige Schrumpfung resp. ausgedehnte Erkrankung des Magens eine Gastroenterostomie bezw. Gastrostomie unausführbar macht. 2) Ulcus pepticum duodeni et ventriculi, sowohl bei vielfacher Narbenbildung, wie auch bei narbiger Pylorusstriktur. Bei floridem Magengeschwür, wenn Gefahr der Perforation oder Blutung vorliegt, und wenn daher die völlige motorische und

chemische Ausschaltung des Magens wünschenswert erscheint. 3) Verletzungen, besonders chemische mit ihren Folgeerscheinungen, besonders auch frische Verätzungsfälle. 4) Die Pylorusstenose der Säuglinge, insbesondere Pylorospasmus, namentlich wenn schnelle Hilfe notwendig ist.

Die Vorteile der Jejunostomie sind die schnelle, gefahrlose Ausführung, namentlich unter Schleich'scher Anästhesie und mit Murphyknopf; sie kann daher in schweren Fällen wenigstens einer späteren, radikaleren Operation zweckmäßigerweise vorausgeschickt werden. Der spätere Verschluß der Fistel ist ein außerordentlich einfacher, die Funktion der Fistel stets gut. Die absolute Ausschaltung des Magens schafft günstige Bedingungen zur Ausheilung der Krankheitsprozesse und nimmt auch bei Karzinomen die entzündlichen Begleiterscheinungen fort. Dadurch ist sie besonders der Gastroenterostomie überlegen. Eine teilweise Benutzung der alten Speisewege bleibt möglich, und dadurch kann jederzeit der Versuch gemacht werden, den Magen wieder langsam an Speisen zu gewöhnen.

Eine Anzahl beigegebener Krankengeschichten illustriert das Gesagte. Aus M.'s Statistik geht hervor, daß in seiner Klinik im ganzen 47 Fälle mit Jejunostomie behandelt sind, wovon 10 tödlich endeten = 21,2% Sterblichkeit. Die von ihm persönlich operierten 32 Fälle ergaben nur 5 Todesfälle = 15,6% Sterblichkeit.

Schmieden (Bonn).

---

10) Pal. Zur Erklärung der Darmwirkung des Atropin mit Rücksicht auf dessen Anwendung beim Ileus.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 47.)

Nach den von P. erhaltenen Ergebnissen einer an Hunden ausgeführten Versuchsreihe schädigt das Atropin in der Regel die Nervenendapparate des Vagus, sowie des Splanchnicus und lähmt sie unter Umständen völlig; dagegen bleiben die Muskeln und die der Peristaltik dienenden Ganglienapparate der Darmwand erregbar. Der Tonus der letzteren wird sichtlich, wenn auch meist nur vorübergehend, herabgesetzt, gleichzeitig aber der Darm der Einwirkung hemmender, reflektorischer Reize weniger zugänglich, und damit werden in Fällen, in denen solche vorhanden sind, günstigere Bedingungen für die Bewegungen des Darmes geschaffen. Minimale Morphingaben üben, selbst nach großen Atropindosen, einen lebhaft erregenden Einfluß auf die Darmganglien aus. — Hiernach kann das Atropin nur für Fälle in Betracht kommen, in denen die Ausschaltung bestimmter Ganglienapparate des Darmes von Nutzen wäre, wo die Ileuserscheinungen nur von symptomatischer Bedeutung sind und nicht das Wesentliche der Krankheit ausmachen. Da dies festzustellen oft sehr schwierig ist, das ganze Krankheitsbild durch die Atropinwirkung leicht getrübt wird, entsteht die Gefahr, daß der richtige Zeitpunkt für einen etwa notwendigen operativen Eingriff übersehen wird.

Kramer (Glogau).



11) Baldassari und Gardini (Ferrara). Experimenteller Beitrag zur Behandlung der Perforationen und Zerreißungen der Gallenblase.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 49.)

Verff. haben an Hunden experimentell gesetzte Defekte der Gallenblasenwand anstatt mit einem Netzstück durch einen der Bauchwand nahe dem Laparotomieschnitt entnommenen ungestielten Serosa-Muskellappen verschlossen, derart, daß die Serosa nach außen gekehrt, mittels Sero-Serosanähte fixiert wurde. Der Lappen heilte in allen Fällen ein und verwuchs nach längerer Zeit mit der Leber aufs innigste. Die Indikationen für die Anwendung der Serosa-Muskeltransplantation in der Chirurgie der Gallenblase ergaben sich im Gefolge von Traumen (Verletzungen bei abdominalen Operationen etc.) oder von pathologischen Perforationen; besonders für den Verschluß von Gallenblasenfisteln infolge von Ulcerationen oder Operationen würde die Methode von Wert sein. **Kramer** (Glogau).

---

12) W. Körte. Über die Operation der Cholecystitis acuta infectiosa im akuten Stadium.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1. u. 2.)

Aus dem Bilde der eitrigen Cholecystitis hebt sich eine Gruppe von Fällen besonders hervor, die man wegen des schweren Verlaufes als Cholecystitis acutissima bezeichnen kann. Durch Nekrose oder Phlegmone der Gallenblasenwand und durch septische Allgemeininfektion ist bei derartigen Kranken das Leben bedroht. Die ganze Erkrankungsform hat viel Ähnlichkeit mit dem akuten Empyem des Wurmfortsatzes. Die Analogie erstreckt sich auch auf die Behandlung, welche beim Empyem des Wurmfortsatzes wie bei dem der Gallenblase in der Operation bestehen soll, weil wir die gefährlichen Folgen, besonders die Perforationsperitonitis und das Entstehen von Lebereiterung, durch innere Mittel nicht beherrschen. Unter 136 Operationen wegen eitriger Entzündung der Gallenblase oder ihrer Gänge hat K. 18mal im akuten Entzündungsstadium eingreifen müssen. Der Beginn der Erkrankung war in der Regel ein sehr plötzlicher mit Fieber, Frost und starker Störung des Allgemeinbefindens. Vielfach war das Gallensteinleiden bis zum Ausbruch der akuten Cholecystitis latent geblieben. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen bei den meisten Pat. die peritonealen Reizerscheinungen. Die peritonitische Lähmung ließ bei einigen Kranken mit undeutlicher Anamnese an Darmverschluß denken. Einige Male bestand entzündlicher Erguß, öfters begrenzte Entzündung im Bauchfellraum. Bei mehreren Kranken war die drohende Perforation der Gallenblase durch Verwachsung verlegt. In anderen Fällen gaben schwere septische Allgemeinerscheinungen Anlaß zu chirurgischen Eingreifen. Der Hergang des Krankheitsprozesses war wohl meist

der, daß der Cysticus verschlossen, der Ausgang der Gallenblase verlegt und eine Infektion ihres Inhaltes gefolgt war. Eine Spontanheilung ist in Fällen der geschilderten Art unwahrscheinlich und jedenfalls mit schweren Gefahren verbunden. Durch die Operation im akuten Stadium sind von den 18 Fällen des Verf. 15 geheilt worden, 3 starben. In keinem Falle ist durch den Eingriff eine Infektion der Bauchhöhle veranlaßt worden. Das am meisten zu empfehlende Verfahren ist die Cystektomie, weil dabei der ganze Infektionsherd entfernt, die beginnende Lebereiterung freigelegt wird und die Gefahr des Zurücklassens von Steinen eine geringere ist. Jedenfalls berechtigen die eigenen Erfahrungen den Verf., bei dieser akuten infektiösen Cholecystitis dringend zum Eingreifen auf der Höhe der Krankheitserscheinungen zu raten.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

13) **E. Berger.** Die Hepaticusdrainage.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1. u. 2.)

B. will in einer Arbeit aus der Kehr'schen Privatklinik zeigen, was bei einem Material von 97 Fällen die Hepaticusdrainage bei Gallensteinoperationen geleistet hat. Die Choledochotomie mit nachfolgender Verschließung der Choledochuswunde durch die Naht hat zwei sehr große Nachteile: leicht kommt durch ein zurückgelassenes Steinchen oder durch einen Blutpfropf der Verschluß der Nahtstelle zustande, so daß eine infektiöse Cholangitis das Leben der Kranken bedroht; und dann ist bei dieser Methode das Übersehen von Steinen sehr wahrscheinlich, sind häufiger Rezidive zu erwarten. Beide Unannehmlichkeiten vermeidet die Hepaticusdrainage durch ein in den Choledochus und Hepaticus eingeführtes und durch Naht fixiertes Rohr. Sie leitet die Galle nach außen und hält auf lange Zeit die Gallengangswunde für den Abgang übersehener Konkremente offen, den man durch geeignete Nachbehandlung mit Spülkatheter, Sonden und Kornzangen befördern kann; die längere Behandlungsdauer ist dabei nicht zu berücksichtigen. Auch die Möglichkeit einer Verletzung und Blutung durch das Rohr bei cholämischen Pat. ist mehr theoretisch als praktisch in Betracht kommend, wie auch Verengerungen durch die Drainage nicht zu befürchten sind.

Die Choledocholithiasis ist sehr häufig schwierig zu diagnostizieren. Ikterus und Leberschwellung können fehlen, am ehesten weisen noch Schüttelfröste, Fieber und vorübergehender acholischer Stuhl auf die Anwesenheit von Choledochussteinen hin. Wo ein solcher Verdacht besteht, soll man den Choledochus inzidieren, falls keine wesentliche Erhöhung der Operationsgefahr dadurch herbeigeführt wird. In jedem Falle ist aber die Hepaticusdrainage anzuschließen, ob man Steine fand oder nicht, zumal ein einmaliges Sondieren der tiefen Gallengänge keine genügende Sicherheit für ihre Steinfreiheit gibt. Eine vitale Indikation erfüllt die Hepaticusdrainage bei Cholangitis. Vorsichtshalber ist sie auch bei einer

leichten Infektion der Gallenwege, kenntlich an der Trübung der Galle, anzuwenden.

Eingehender beschäftigt sich Verf. mit der von Hirschberg empfohlenen Leber-Gallengangsfistel zur Bekämpfung der Cholangitis. Er glaubt, daß dieselbe Erleichterung bringen könne; sie wird nach seiner Ansicht aber die Infektion nur in leichten Fällen erlöschen machen und bewahrt nicht vor der Gefahr eines Rezidives. In schweren Fällen besteht trotz gut funktionierender Fistel die Infektion fort. Da bei dem Verschluß derselben sofort schwere Erscheinungen von Cholangitis zu erwarten sind, muß sie dauernd offen gehalten werden. In den schwersten Fällen versagt sie nach B.'s Meinung ebenso wie die anderen Operationsmethoden. Die Hepaticusdrainage ist wohl etwas gefährlicher, verspricht aber völlige und dauernde Heilung.

Eine weitere absolute Indikation zur Hepaticusdrainage besteht, wenn Steine bei der Operation im Hepaticus oder Choledochus zurückgelassen werden müssen, was manchmal vorkommt. Im ganzen aber hält es Verf. für wichtig, da man selten eine Garantie hat, keinen Stein übersehen zu haben, in jedem Falle von Cholelithiasis, auch wenn nichts für das Vorhandensein von Steinen im Choledochus spricht, die Hepaticusdrainage auszuführen. Nur bei ungünstiger Lage des Choledochus und bei schlechter Narkose will er darauf verzichtet wissen. Ferner empfiehlt es sich bei akuter eitriger Cholecystitis wegen der Infektionsgefahr durch Verschleppung der Keime sich auf die Cystostomie zu beschränken. Wenn erforderlich, kann man später noch zur Choledochotomie schreiten.

Technisch sei hervorgehoben, daß die Vorbereitungen der Desinfektion 45—60 Minuten dauern. Kehr zieht für die Gallensteinlaparotomie den von ihm angegebenen Wellenschnitt vor. Bei der Lösung von Verwachsungen wird sehr auf Durchbrüche geachtet, denen man oft begegnet ist. Der Choledochus wird meist von der Gallenblase freigelegt. Bestehen keine besonderen Kontraindikationen, so wird die Gallenblase exstirpiert. Zur Inzision eignet sich am besten der supraduodenale Teil des Choledochus, zu dem man durch Fingerdruck die Steine hinbringt. Der Inzision folgt Sondierung mit einer Uterussonde und Steinextraktion. Gelingt diese nicht völlig, muß sie der Nachbehandlung überlassen werden. Nach Entfernung aller Steine, soweit dies möglich war, folgt die Hepaticusdrainage durch ein Gummirohr, welches etwa 4 cm weit durch die Choledochotomiewunde leberwärts geführt und an die Choledochuswand befestigt wird. Die Wunde des Gallenganges wird im übrigen geschlossen, und zwar durch Seidennähte, welche möglichst die Venenplexus der Wandung zu vermeiden haben. Alle Fäden bleiben lang. Öfters wird in gleicher Weise auch der Choledochus drainiert. Gazestreifen dienen zur Tamponade um das Rohr herum. Die Naht der Bauchdecken wird in toto besorgt, um eine Fadeneiterung zu vermeiden. Erst am Ende der zweiten Woche wird Rohr und Tam-

ponade in den meisten Fällen entfernt. Kein einziger Seidenfaden bleibt zurück, da sie alle im Verlauf von 2—4 Wochen herausgezogen werden können. So wird eine zur Steinbildung führende Inkrustation vermieden. Die Gallengänge werden durch die Choledochuswunde mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült. Steine, welche dem Spülwasser nicht folgen, extrahierte man mit der Kornzange. Das einmal entfernte Rohr wird nicht wieder eingeführt. Der Verband muß deshalb häufig gewechselt werden. Sondierung und Spülung findet in der ersten Zeit täglich statt. Die Fistel darf man sich nicht eher schließen lassen, als man annehmen kann, daß alle Steine entfernt sind. Eventuell muß man sie durch Laminariastifte wieder erweitern, wenn sie sich zu früh für die Einführung des Spülkatheters verengt. Zu den unangenehmsten Komplikationen des Verlaufes nach Hepaticusdrainage gehören Magen- und Duodenalfisteln. Mit Nahtverschluß ist bei ihnen nicht viel zu erreichen.

Die Erfolge der Hepaticusdrainage sind ausgezeichnete bei der Verhinderung und Heilung der Cholangitis. Ferner gestattet sie in etwa 17% aller Fälle Steine nachträglich zu entfernen, welche bei der Choledochusnaht zurückbleiben würden. Bei diffuser Cholangitis und hoch in der Leber sitzenden zahlreichen Konkrementen ist ihre Leistungsfähigkeit eine geringe. Rezidive sind nach Hepaticusdrainage selten. In unkomplizierten Fällen betrug die Sterblichkeit nach der Operation 2—3%. Um die schwersten und kompliziertesten Fälle mit diffuser Cholangitis, welche fast alle zum Tode führen, auszuschalten, soll man beim akuten Choledochusverschlusse operieren, wenn nach 3monatlichem Bestehen desselben eine Karlsbader Kur nicht zur völligen Latenz führt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

14) **A. C. Bernays** (St. Louis). Sarcoma of the mesentery.

(Annals of surgery 1902. Juni.)

B. beschäftigt sich im Anschluß an einen von ihm selbst operierten Fall und 35 ähnlichen aus der Literatur zusammengestellte Fälle mit der Frage, wie viel von dem Dünndarm entfernt werden kann, ohne die Lebensfähigkeit des Individuums zu beeinträchtigen.

Von den Autoren, welche sich bereits mit dieser Frage abgegeben haben, weichen Nickolas Senn und Monari am meisten voneinander ab, indem der erstere ein Drittel des Dünndarmes als das äußerst Zulässige ansieht, während der letztere der Ansicht ist, daß bis zu $^7/_8$ des Dünndarmes, ohne den Tod zur Folge zu haben, entfernt werden können. Zwischen beiden nimmt Trzebicky eine mittlere Stelle ein, nach dem die Entfernung der Hälfte desselben ertragen wird, sofern es sich um die distale Hälfte handelt, d. h. um das Ileum.

Allen, welcher einen von Lexer operierten Pat. längere Zeit nach der Operation beobachtet hat, hat bewiesen, daß ein Drittel des Dünndarmes ohne Schädigung des Pat. entfernt werden könne.

Verf. neigt nach seiner Erfahrung am meisten der Ansicht Trzebicky's zu. In seinem Fall handelte es sich um ein Sarkom des Mesenteriums, welches die Resektion eines Stückes Ileum von 117 Zoll Länge notwendig machte (ca. 3 m). Pat. genaß vollkommen. Nimmt man die mittlere Länge des Dünndarmes zu 6 m an, so würde also dieses Stück etwa der Hälfte entsprechen.

Verf. kommt zu dem Schluß, daß — sofern die distale Hälfte des Dünndarmes in Betracht kommt — etwa der halbe Dünndarm des Menschen ohne Schädigung entfernt werden kann, betont jedoch — und das dürfte wohl das Wesentlichste sein —, daß es bei der Resektion von großen Stücken des Dünndarmes mehr auf die Länge des stehenbleibenden Dünndarmes als auf die Länge des entfernten Darmstückes ankommt. **Seefisch** (Berlin).

---

15) **Heil** (Darmstadt). Zur Vermeidung der Hämatombildung nach Küstner's suprasymphysärem Kreuzschnitt.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 45.)

H. sah in seinen nach Küstner's Methode operierten 14 Fällen niemals das Auftreten eines Hämatoms und glaubt dies günstige Resultat durch das Auflegen eines Sandsackes während der ersten 24 bis 36 Stunden nach der Operation erreicht zu haben. Auch Hernienbildung hat H. nie beobachtet. Das Tragen einer Leibbinde war in allen Fällen überflüssig. **Kramer** (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

16) **de Ruyter.** Über Karzinomentwicklung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Verf. berichtet über einige Fälle, bei denen sich im Anschluß an langwierige entzündliche eitrige Prozesse ein Karzinom entwickelt hat. Bei einer Dame fand sich in einem Brustkrebs eine Nadel, die vor 20 Jahren in die Brust gestochen worden sein soll. Ein anderer Pat. war vor 6 Jahren an Appendicitis operiert worden. Auch nach Resektion des Wurmfortsatzes kam es noch zu wiederholten Peritonitiden. Als er später an Pyämie im Anschluß an eine Unterschenkelphlegmone starb, fand man an der Stelle des Wurmfortsatzes einen Gallertkrebs. Bei einem dritten Falle bestand am Rande des Antrum Highmori ein Karzinom, und ebenso war auch ein Polyp, der aus einem Siebbeinspalt hervorhing, krebsig entartet. In der Siebbeinhöhle fand sich Eiter und auch in der Highmorshöhle bestand schon lange Suppuration. Man kann sich hier die Frage stellen, ob nicht der mechanische oder toxische Reiz oder eine Kombination beider zur Karzinomentwicklung geführt hat. Diesen Gesichtspunkt stellt R. auch zur Diskussion bei Besprechung einiger Fälle von Brustdrüsengeschwülsten, bei denen neben der Geschwulst cystische Erkrankung der übrigen Drüse zu konstatieren war. Vielleicht ist für die Ätiologie der Geschwülste gerade hier, wo sich Entzündung und Geschwulst begegnen, wertvolles Material zu gewinnen; deshalb sollten bei den Statistiken über die Erfolge der Brustkrebsoperationen die Fälle, bei denen gleichzeitig eine cystische Erkrankung der Brustdrüse bestand, einmal gesondert rubrisiert werden. Ebenso verdienten die paramammären Geschwülste eine gesonderte Betrachtung. R. hat selbst fünf derartige Fälle beobachtet. Was die

Operation bei solchen Geschwülsten betrifft, so soll man nur dann von der üblichen Brustamputation absehen zu Gunsten einer Exstirpation der Geschwulst, wenn es sich um axillarwärts in größerem Abstande liegende Karzinome handelt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

17) **Hölscher. Beiträge zur Kenntnis der Pustula maligna.**

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

H. veröffentlicht sieben Fälle, welche in ihren Krankheitserscheinungen wie in ihrem Krankheitsverlaufe die charakteristischen Zeichen der Pustula maligna darboten. Bei allen bestand daneben auch eine milzbrandverdächtige Anamnese. Ein Fall ist dadurch interessant, daß die Krankheit bei einer Frau auftrat, welche das wollene Hemd ihres in einer Haarfabrik beschäftigten Mannes getragen hatte und sich auf diesem indirekten Wege infizierte. Zwei weitere Fälle zeigen wiederum, wie selbst bei milzbrandverdächtiger Vorgeschichte nicht alle Hauterkrankungen, die anatomisch und klinisch den Charakter der Milzbrandpustel haben, Anthraxinfektionen sind, sondern daß sie unter Umständen einer anderen Infektion, wahrscheinlich einer Staphylokokkeninvasion ihre Entstehung verdanken. Wenigstens konnte Verf. bei den beiden Kranken nur solche und keine Milzbrandbazillen nachweisen. Darum soll man den Namen »Pustula maligna« nur als Sammelname für alle milzbrandartigen Hautaffektionen gebrauchen und sie durch einen Zusatz als Milzbrand oder als andersartige Affektion spezifizieren.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

18) **Momburg. Eine penetrierende Brust- und Bauchschußverletzung.**

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Arbeit enthält die Krankengeschichte eines Mannes, der sich in selbstmörderischer Absicht mit einem Karabiner M. 88 ein Geschoß in die Herzgegend geschossen hatte. Aus der Lage der Einschußöffnung und dem Verlaufe des Schußkanales wurde auf eine Verletzung des Herzens geschlossen. Zur Sicherung der Diagnose und um das Herz zur Herznaht frei zu legen, wurde in Chloroformnarkose nach Rotter von der Einschußöffnung aus in die Tiefe vorgegangen. Indessen fand man weder bei der Operation noch bei der späteren Besichtigung nach dem Tode des Pat. eine Gewebstrennung oder einen Substanzverlust am Herzbeutel und am Herzen. Auffallend war die schlechte Übersicht über das nach dem Rotter'schen Verfahren freigelegte Herz, die auf eine starke Verschiebung des letzteren geschoben werden muß, da nach den übrigen Autoren diese Methode das Herz sehr gut zugänglich macht. An der Zwerchfellkuppe fand sich eine längliche Einschußöffnung, durch die etwas Netz in die Brusthöhle eingetreten war. An der kollabierten linken Lunge bestand am unteren und inneren Rande des unteren Lappens eine Einschußöffnung. Der linke Pleuraraum war stark mit Blut gefüllt.

Diagnostisch mußte man, wie im einzelnen näher ausgeführt ist, eine Herzverletzung annehmen, während der absolute Mangel irgend welcher Erscheinungen von Seiten der Bauchhöhle eine Mitverletzung der Bauchorgane ausschließen ließ. Der Schußkanal lag aber tiefer, als nach Aus- und Einschußöffnung zu vermuten war, und das Geschoß hatte das Zwerchfell nahe der Kuppe durchschlagen.

Bei jeder Schußverletzung des Herzens soll in gleicher Weise wie bei Stichverletzungen verfahren werden; man soll in zweifelhaften Fällen durch die Rotter-sche Voroperation die Diagnose stellen und bei feststehender Verletzung des Herzens dieses freilegen. Nur so wird man mehr Heilungen erzielen wie bisher. Die Sondenuntersuchung wird bei Herzverletzungen verworfen. Rotter's und Watten's Methoden hält M. für die typischen zur Freilegung des Herzens, und zwar die erstere bei linksseitiger, die letztere bei rechtsseitiger Pleuraverletzung.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

19) **H. Botescu** (Bukarest). Perforierende Bauchwunde; Verletzung der Vena mesenterica; reichliche abdominale Hämorrhagie; Laparotomie; Heilung.

(Spitalul 1903. Nr. 1.)

Es handelte sich um einen Messerstich, den sich ein 36jähriger Mann in selbstmörderischer Absicht in die epigastrische Gegend zwischen Nabel und Processus xiphoideus beigebracht hatte. Derselbe war zwischen die Darmschlingen gedrungen, ohne dieselben zu verletzen und hatte dann die Vena mesenterica major eröffnet. Trotzdem bereits $5^1/_2$ Stunden nach der Verletzung vergangen waren, konnte doch nach Unterbindung des blutenden Gefäßes und Reinigung der Bauchhöhle von Blut und Blutgerinnseln ein vollständiger Erfolg der Laparotomie, d. h. prima intentio, erzielt werden. **E. Toff** (Braila).

20) **Jordan.** Über primäre akute Typhlitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Bisher ist der Beweis, daß es eine einfache akute Typhlitis gibt, noch nicht erbracht worden; denn ein solcher Beweis ist geknüpft an die genaue makroskopische und mikroskopische Untersuchung der Blinddarmwand während des Anfalles oder kurz nach Ablauf desselben. In keinem der in der Literatur näher beschriebenen Fälle ist aber am Lebenden das Innere des Blinddarmes besichtigt und die als Ausgangspunkt der Entzündung angesprochene Wandpartie einer mikroskopischen Prüfung unterzogen worden. Verf. teilt deswegen eine Beobachtung mit, die nach seiner Ansicht den unzweifelhaften Beweis der Existenz einer Typhlitis im Sinne der Sterkoraltyphlitis erbringt. Bei einem 10jährigen Kinde, das klinisch unter den Symptomen der gewöhnlichen Perityphlitis erkrankt war, zeigte sich der Wurmfortsatz gesund, wenn man davon absieht, daß er einen erbsengroßen Kotstein enthielt; dagegen war ein Konvolut von Dünndarmschlingen durch entzündliche Schwarten untereinander und mit dem Blinddarme verwachsen. Wegen Verdacht auf ein Geschwür im letzteren wurde die für pathologisch gehaltene Blinddarmpatie reseziert, und es fand sich auf der Schleimhautseite ein $2^1/_2$ cm langes und $^1/_2$ cm breites, flaches Geschwür, das mikroskopisch keine Zeichen von Tuberkulose aufwies. J. glaubt also, daß es sich um eine einfache, nicht perforative, primäre akute Typhlitis handelte, welche in ihrem Verlaufe wie in ihren anatomischen Details mit der Vorstellung, die man sich von der Sterkoraltyphlitis machte, übereinstimmt. Das Vorkommen einer solchen Erkrankung ist sehr selten und hat ein mehr theoretisch wissenschaftliches Interesse ohne Einfluß auf therapeutische Maßnahmen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

21) **S. Lloyd.** Personal experience with McGraw's method of gastroenterostomy.

(New York med. journ. 1902. Dezember 27.)

Bezugnehmend auf den Originalartikel von Willi Meyer (dieses Zentralblatt 1902 p. 185), der das Wichtigste über McGraw's Methode bringt, und dessen Inhalt auch in L.'s Arbeit ausführlich angeführt ist, ist zu berichten, daß Verf. selbst 7 Fälle nac dieser Methode operiert hat. Das Verfahren besteht in einer seitlichen Anastomosenbildung am Magen-Darmkanale unter Anwendung einer elastischen Ligatur, und ist schon im Jahre 1891 experimentell begründet worden. Die Fälle L.'s betreffen Gastroenterostomien bei bösartigen Magengeschwülsten und hatten bezüglich des Effektes der hergestellten Anastomose guten Erfolg; in einem Falle, wo bei einer Laparotomie zunächst Lösung der Verwachsungen bewirkt und erst bei einer zweiten Operation die Methode angewendet wurde, ließ sich die Wiederkehr der Symptome auf hysterischer Basis beruhend erweisen und durch therapeutische und suggestive Maßnahmen erfolgreich bekämpfen; in einem anderen Falle versagte die Methode, weil das Gummiband zweimal einriß und deshalb eine Murphyknopf-Anastomosenbildung gemacht wurde; dieser Miß-

erfolg ist aber einem Fehler der verwendeten Ligatur resp. deren Sterilisation zuzuschreiben. Verf. rühmt die Leichtigkeit der Anwendung der Methode bei Gastroenterostomie und Enteroenterostomie bei Magenaffektionen; er hält sie für nicht anwendbar bei Enteroenteroanastomosen infolge totaler, wohl aber bei solchen infolge unvollständiger intestinaler Obstruktion. Der Hauptvorteil besteht in der beträchtlichen Zeitersparnis auch der Knopfmethode gegenüber, andererseits in der Möglichkeit, die Öffnung beliebig groß machen zu können; bezüglich der Nachbehandlung ist zu bemerken, daß keinesfalls vor Ablauf von 48 Stunden mit Ernährung vom Munde her begonnen werden darf. **Scheuer** (Berlin).

22) v. Eiselsberg. Zur radikalen Behandlung der Darminvagination.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Erfahrungen des Verf. beziehen sich auf 13 Fälle von Darminvagination, welche zwölfmal durch die Totalresektion und einmal durch erst partielle, dann totale Ausschaltung behandelt wurden. Dazu kommt noch ein Fall, in welchem ein Folgezustand der Invagination, die Abszeßbildung, behandelt werden mußte, und einige nur kurze Zeit beobachtete Fälle, in welchen ein operativer Eingriff unterblieb. Unter den Operierten waren elf Erwachsene und zwei Kinder. Die Bestimmung, ob es akute oder chronische Invaginationen waren, ließ sich nicht immer streng treffen, da es Übergangsfälle gibt. Der Form nach überwog die Invaginatio ileocolica — 10 von 13 Fällen. Bei sechs von diesen Pat. fand sich ein abnorm langes Mesenterium des Dickdarmes, insbesondere des Blinddarmes und mehr oder weniger ausgedehnte Hypertrophie der Muskularis mit teilweiser Hyperämie, selbst Infiltration der Wandung. Wahrscheinlich handelt es sich hier nicht um eine erworbene, sondern um eine angeborene Abnormität, welche eine ursächliche Rolle bei dem Zustandekommen der Invagination abgegeben hat.

Die für die Diagnose wichtigsten Symptome sind vor allem mehr oder weniger heftiger Schmerz, meistens Erbrechen und veränderter, event. blutiger Stuhlgang. Dazu kommt noch Meteorismus und die Fühlbarkeit einer Geschwulst oder einer Resistenz. Bei den akuten Fällen stehen im Vordergrunde Ileuserscheinungen. Zwölfmal wurde nach Eröffnung der Bauchhöhle die Desinvagination versucht; nur fünfmal gelang sie vollkommen. Aber auch dort, wo die völlige Desinvagination möglich war, ließ v. E. die totale Resektion folgen; denn einmal fand er als Ursache des Leidens ein Karzinom der Flexur und einmal eine narbige Dünndarmstenose. Bei einem dritten Pat. war eine Geschwulst nicht auszuschließen und bei den zwei übrigen sollte einem Rezidiv vorgebeugt werden, das man nach der Anamnese erwarten mußte. Verf. hält auch für die Fälle, in welchen die Desinvagination nicht möglich ist, die totale Resektion der ganzen Invagination von allen in Frage kommenden Eingriffen für den besten. Er bevorzugt danach die axiale Wiedervereinigung der durchtrennten Darmschlingen, bei der er nie einen Mißerfolg bezüglich der Festigkeit der Naht erlebt hat. Er hält die Laparotomie in allen Fällen von Invagination mit Ileussymptomen für das einzig rationelle und berechtigte Verfahren. Bei Kindern kann man event. bis zu 48 Stunden warten. Ist dann keine Besserung eingetreten, so ist auch hier der Bauchschnitt rasch auszuführen. Bei akuten Fällen mit schweren Darmsymptomen wie bei sehr schwachen Individuen wird man sich mit der Desinvagination begnügen, falls sie überhaupt gelingt, aber auch später aus oben genannten Gründen die Radikaloperation anschließen. In den Fällen, bei denen die Desinvagination nicht gelingt, muß gleich die Resektion ausgeführt werden mit sofortiger oder späterer Wiedervereinigung der durchtrennten Teile, d. h. im letzteren Falle Bildung eines zeitweiligen Kunstafters. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

23) C. N. Dowd (New York). Gangrenous intussusception in a child four years old; intestinal resection; recovery.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

Verf. berichtet über einen von ihm operierten Fall von Intussuszeption bei einem 4jährigen Kinde. Die Invagination betraf das Ileum, das invaginierte Stück

war brandig, da die Invagination schon 10 Tage bestand. In diesen 10 Tagen hatte völlige Obstipation bestanden mit kotigem Erbrechen. Merkwürdig war, daß das Allgemeinbefinden im übrigen ungemein wenig alteriert war, so daß der kleine Pat. sogar noch imstande war, umherzugehen. Da noch keine allgemeine Peritonitis bestand, war die Resektion der ganzen von der Intussusception betroffenen Darmpartie mit sofortiger Vereinigung der Darmlichtungen erfolgreich und endete in 5 Wochen mit völliger Heilung.

An den Bericht schließen sich Bemerkungen über die gebräuchlichsten Methoden der Darmnaht. **Seefisch** (Berlin).

24) **E. Liebermann.** Beitrag zur Behandlung der Hämorrhoiden.

(Przegląd lekarski 1902. Nr. 45.)

Verf. plaidiert auf Grund von 36 in Kader's Klinik nach Whiteheade operierten Fällen von Hämorrhoiden sehr warm für dieses Verfahren, welchem er den Vorzug vor der Langenbeck'schen Operation einräumt. Von den 36 Operierten heilten 32 per primam, 4mal erfolgte Heilung per secundam, und zwar 1mal, infolge heftiger arterieller Nachblutung, 2mal infolge Eiterung und 1mal infolge Dehiszens der Nähte. Über das Dauerresultat konnten von 14 Pat. Erkundigungen eingezogen werden: Hiervon sind 11 gesund, 1 klagt (8 Monate nach der Operation) über Stenose des Mastdarmes, 1 über neuerliche Blutungen bei der Defäkation, während schließlich die Angaben des einen mit dem Resultate unzufriedenen Pat. ziemlich konfus sind.

Ob sich gerade aus diesen Resultaten der Vorzug des Whiteheade'schen Verfahrens vor dem Langenbeck'schen mit zwingender Notwendigkeit ergibt, will Ref., übrigens ein Anhänger der letzteren Operation, dahingestellt sein lassen. **Trzebicky** (Krakau).

25) **E. Ries.** The treatment of extensive rectal strictures.

(New York med. journ. 1902. Dezember 13.)

Verf. bespricht das schwierige und operativ meist recht undankbare Gebiet der Behandlung von Mastdarmstrikturen. Er ist unabhängig von Rotter (cf. Archiv f. klin. Chirurgie 1899) zu einem ähnlichen Operationsverfahren gekommen wie dessen Sigmoidorektostomie. Verf.s Fall unterscheidet sich insofern von denen Rotter's, als der Operierte noch 5 Jahre nach der Operation beschwerdefrei geblieben sein soll, während Rotter's Pat., wie mir bekannt ist, nach längerem Wohlbefinden wieder Beschwerden bekamen; meinen Erfahrungen nach hat sich ein voller Erfolg nur dann eingestellt, wenn die Striktur völlig entfernt wurde. Der Fall von R. betrifft eine 25jährige Frau, die von ihrem Gatten 7 Jahre vorher syphilitisch infiziert wurde. Nach einer Geburt im ersten Jahre der Ehe ging Kot durch die Scheide ab, seit 4 Jahren bestanden Stuhlbeschwerden in steigender Schwere, so daß in der letzten Zeit fester Stuhl überhaupt nicht mehr, sondern nur durch Abführmittel verflüssigter unter großen Schmerzen abging. Gewichtsabnahme auf 82 Pfund. Die Untersuchung ergab eine Vulvovaginalfistel, eine Striktur der Harnröhre, eine enge Fistel, die dicht über den Columnae aus dem Mastdarme in die Scheide mündete, und 2 cm über dem After eine kallöse Striktur, die auch für den Kleinfinger nicht passierbar war; außerdem fand sich über dem Beckenrande eine harte, unbewegliche Masse in der Umgebung des Mastdarmes, die als Exsudat angesprochen wurde. Das innere Ende der Rektovaginalfistel konnte nicht festgestellt werden. Die Operation wurde von unten her begonnen — durch Spaltung des Dammes bis auf die Fistel — und dann die Vorderwand des Mastdarmes bis zur Striktur durchtrennt. Da man aber auch bei weiterem Vorgehen höher hinauf nicht auf gesunden Mastdarm kam und dieser sich nicht mobilisieren ließ, so wurde eine Laparotomie gemacht, wobei sich an der Flexura sigmoidea die gefühlte Härte als eine 4 cm lange Striktur erwies; es wurde nun 3 cm über deren oberem Ende der Darm durchschnitten, das Darmende mobilisiert und das andere Ende eingestülpt und übernäht, wäh-

rend das gesunde Darmstück nach unten durchgezogen und in das Analstück des Mastdarmes eingenäht wurde; nach vorn wurde die hintere Scheide geschlossen und der Sphinkter über einem Gummidrain genäht. Die Heilung verlief — abgesehen von Kleinigkeiten — glatt; 5 Jahre nach dem Eingriffe hatte Pat. 58 Pfund an Gewicht zugenommen, hatte keine Inkontinenz oder Schleimabgang und täglich Stuhl. **Scheuer** (Berlin).

26) **Schwartz.** Cinq kystes hydatiques du foie.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 523.)

S. operierte erfolgreich einen Pat. mit 5 Echinokokkencysten der Leber. Bei 2 Cysten entleerte er nur nach vorausgeschickter Punktion den Inhalt, entfernte die Innenwand der Muttercyste und vernähte die Bindegewebskapsel. Die 3 übrigen Cysten entfernte er vollständig. Die zur Stillung der starken parenchymatösen Blutung nach der Enukleation eingelegten Nähte durchschnitten das Lebergewebe; nur ein Teil der Leberwunde ließ sich durch Naht schließen, der Rest wurde tamponiert. — Einige Zeit entleerte sich aus der Wunde noch Galle; doch erfolgte schließlich völlige Heilung.

Pierre Delbet macht in der Diskussion darauf aufmerksam, daß die unangenehmen Zufälle während und nach der Operation vorstehenden Falles, die schwierige Blutstillung und der folgende Gallenfluß, lediglich durch die Enukleation bedingt wurden. Seiner Ansicht nach leistet die Ausschälung der Muttermembran mit Versenkung der Bindegewebskapsel ebenso viel, wie die Enukleation, ohne deren Nachteile zu haben. Weiter hebt er hervor, daß der erste, der in solcher Weise eine Echinokokkuscyste behandelte, Franz König war.

Reichel (Chemnitz).

27) **A. Bossowski.** Über primäre Sarkome der Leber.

(Medycyna 1902. Nr. 28.)

Verf. berichtet über folgende zwei eigene Fälle:

1) 3jähriger, kachektischer Knabe. Im rechten Hypochondrium eine kindskopfgroße, höckrige Geschwulst in unmittelbarem Zusammenhange mit der Leber. Mäßiger Ikterus, kein Ascites. Bei der Laparotomie fand man ein so weit fortgeschrittenes Sarkom der Leber, daß an eine Exstirpation nicht zu denken war. Die nach einiger Zeit ausgeführte Autopsie ergab ein Medullarsarkom.

2) 11jähriger Knabe, zuvor gesund, fiebert seit 3 Monaten. Pat., abgemagert, mit schmerzverzerrtem Gesicht, liegt mit angezogenen Beinen. Ikterus, acholische Stühle. Der untere Leberrand reicht drei Finger unterhalb des Rippenbogens. Im rechten Lappen eine schmerzhafte, fluktuierende apfelgroße Geschwulst fühlbar. Von Zeit zu Zeit spontane Schmerzen in der Leber. Temperatur 39°. Mittels eines dem Rippenbogen parallelen Schnittes wurde der Abszeß in der Leber bloßgelegt und nach Fixierung der Leber in der Wunde entleert. Nach Eröffnung desselben gewahrte Verf. noch mehrere kleinere Eiterhöhlen in der Leber, welche nach Durchbrennung der Scheidewände mit dem Paquelin mit dem großen Abszesse vereint wurden, wodurch eine mannsfaustgroße Wundhöhle entstand. In der Umgebung derselben war das Leberparenchym morsch, schiefergrau. Die Untersuchung eines hiervon exstirpierten Stückes ergab ebenfalls Alveolarsarkom; in dem Eiter wurde vorwiegend Staphylokokkus pyog. aureus gefunden. Das Fieber fiel unmittelbar nach der Operation zur Norm, nach Verlauf einer Woche nahm es aber wieder einen hektischen Typus mit abendlichen Exacerbationen bis zu 39° an und behielt denselben bis zum Tage der Publikation (3 Monate nach der Operation). Der Heilungsprozeß war ein ganz normaler, und Pat. fühlt sich trotz Fieber und schlechten Aussehens stärker, hat Appetit und ist frei von Schmerzen.

Verf. deutet diesen Fall als sekundäre Eiterinfektion eines primären Sarkoms der Leber. **Trzebicky** (Krakau).



28) B. T. Tilton (New York). The operative treatment of diseases of the pancreas.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

T. gibt in der vorliegenden, 16 Seiten langen Arbeit einen kurzen Überblick über den heutigen Stand der Pankreaschirurgie.

Zur Statistik bemerkt er, daß im New York Hospital in den letzten 10 Jahren beobachtet worden sind: 8 Pankreascysten, 3 Fälle von akuter hämorrhagischer Pankreatitis, 1 Fall von eitriger Pankreatitis, 1 Fall von chronischer Pankreatitis, 2 Pankreaskarzinome. Von den 8 Fällen von Pankreascysten wurden 7 operiert mit 1 Todesfall (Sepsis). Über die anderen Fälle fehlen Angaben.

Die Arbeit ist als eine im wesentlichen zusammenfassende zu betrachten. Besonders warnt Verf. vor zu großer Eilfertigkeit in der Stellung der Diagnose auf Karzinom, da eine chronische Entzündung dieselben Symptome machen kann. Nachweis von vergrößerten Drüsen und Ascites sprechen mehr für Karzinom. Eine Probelaparotomie wird am besten Aufschluß geben. **Seefisch** (Berlin).

29) A. Pousson (Bordeaux). De l'intervention chirurgicale dans les néphrites infectieuses aiguës et dans les néphrites chroniques.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 689.)

P. hat in 4 Fällen akuter infektiöser Nephritis, die teils Folge einer Allgemeinerkrankung, teils Folge einer Blasenaffektion waren, operativ eingegriffen. 2 Nephrotomien brachten 2 Heilungen, die $3^1/_2$ Jahre, bezw. 7 Monate nach der Operation noch Bestand hatten; ein Pat., der nephrektomiert wurde, genas von der Operation, starb aber 4 Monate später infolge einer Infektion der anderen Niere; der vierte Pat. überlebte die Nierenexstirpation nur um 60 Stunden, starb infolge gleichzeitiger Pyonephrose der zweiten Niere. Aus der Literatur stellt P. noch 11 weitere Fälle zusammen mit insgesamt nur 4 Todesfällen auf 15 Operationen. Er giebt der Nephrotomie in solchen Fällen einseitiger, akuter, infektiöser Nephritis mit Bildung miliarer Eiterherde in der Niere den Vorzug vor der Nephrektomie.

Bei chronischer Nephritis operierte P. in 3 Fällen; im ersten gaben profuse Hämorrhagien die Indikation zur Nephrektomie, die in Heilung ausging. In beiden anderen Fällen machte er wegen urämischer Erscheinungen die Nephrotomie. In beiden schwanden diese Symptome nach der Operation, kehrten aber nach Schluß der Wunde wieder, weshalb P. im ersten derselben nachträglich noch die Niere exstirpierte. Er erzielte Heilung, die noch nach 17 Monaten Bestand hatte. — Das Detail der Krankengeschichten ist im Original nachzulesen.

Legueu und Albarran berichten in der Diskussion nur über ungünstige Erfahrungen nach der Nephrostomie bei der akuten Nephritis. L. sagt: »Entweder ist die Erkrankung doppelseitig, dann ist überhaupt nichts zu machen; oder sie ist einseitig, dann ist es besser, die Niere zu entfernen«. Auch A. gibt der Nephrektomie den Vorzug vor der Nephrostomie und betont die Häufigkeit der spontanen Ausheilung der akuten Nephritis. **Reichel** (Chemnitz).

30) Le Roy Broun. Alexander's Operation.

(New York med. journ. 1902. Dezember 20.)

Verf. berichtet über 300 Fälle von Alexander's Operation, von denen er 175 persönlich ausgeführt hat. Die allgemein bekannten Vorzüge der Operation kann auch er völlig bestätigen; eingetretene Schwangerschaft bei Operierten endete normal, ohne Störungen im Geburtsverlaufe; auch nach erfolgter Geburt blieb der Uterus in richtiger Stellung; Hernien hat Verf. viermal gesehen, doch durch Kombination des Verfahrens mit Bassini's Methode zu vermeiden gelernt. Die Resultate waren sehr befriedigend; im ganzen hatte Verf. zwei Todesfälle, einen infolge von Tetanus, den zweiten infolge septischer Peritonitis; wichtig ist, daß keine Verwachsungen vorhanden sind; bestehen solche und können sie nicht

leicht gelöst werden, so mache man entweder Annähung des Uterus an die Bauchwand oder eine Operation nach Dr. Bissel, die in der Herausnahme von Teilen der breiten und runden Mutterbänder besteht. **Scheuer** (Berlin).

31) H. Fischer. Klinische Mitteilungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

1) Cysticercus racemosus cerebri bei einem 19jährigen, kräftigen Manne, der innerhalb von 14 Tagen ohne voraufgegangene Hirnsymptome zugrunde ging. Der Blasenwurm saß im Vorderhorn des linken Seitenventrikels. Nach einer Literaturzusammenstellung verläuft das Leiden überhaupt sehr häufig symptomlos und führt infolge der häufigsten Entwicklung der Cysticercen in den Ventrikeln, besonders im vierten, durch Atemlähmung oder schnell steigenden Hydrops ventriculorum zum raschen Tode. Auch bei einer weiteren Pat., die einer puerperalen Pneumonie erlag, fand sich ein Cysticercus cerebri im vierten Ventrikel, der aber ganz latent verblieben war. Ein an der linken Großhirnhemisphäre sitzender Cysticercus cellulosae war dagegen mit Wahrscheinlichkeit die Ursache einer seit dem 12. Jahre bestehenden Epilepsie.

2) Der zweite Teil der Mitteilungen behandelt eine Reihe von diffusen eitrigen Peritonitiden, welche durch seltene Entstehung charaktertsiert sind. Bei dem ersten Pat. lag ein perforiertes Duodenalgeschwür vor, bei der zweiten entwickelte sich die Bauchfellentzündung im Anschluß an eine Cholecystotomie, bei der die langdauernde stumpfe Auslösung der Gallenblase aus derben Verwachsungen zum Durchbruch eines Magengeschwüres führten. Eine dritte Kranke starb an Peritonitis im Verlaufe einer Wundrose. Bei zwei weiteren Pat. entstand die Bauchfellentzündung im Anschluß an Gonorrhoe. Bei dem ersten von beiden ging die Infektion von der Harnröhre in die Blase, von ihr in das peri- und paravesikuläre Bindegewebe und von hier ins Bauchfell. Bei dem zweiten war die Peritonitis durch eine von der Gonorrhoe und einer eitrigen Orchitis in die Samenblasen und von hier aus auf Lymph- und Bindegewebswegen in den prävesikalen Raum und das Bauchfell fortgeleitete Eiterung bedingt. In allen Eiterdepots fanden sich Gonokokken. Die beiden letzten geschilderten Fälle weisen als Ätiologie eine Osteomyelitis tibiae und eine Nephritis auf. Der letzte Fall gehört zu den von Koenitzer zusammengestellten und bisher ganz rätselhaft gebliebenen Fällen sog. spontaner Bauchfellentzündung im Verlauf einer Nephritis.

3) Kasuistische Beiträge zu den Difformitäten der Ohrmuscheln. Zunächst eine Fistel am Ohrläppchen. Meist kommen die Ohrfisteln vor dem inneren Rande des Helix und ungefähr 1 cm aufwärts vom Tragus vor. Die beschriebene Mißbildung war in der Familie des Vaters erblich. Der Sitz der Fistel bestätigt die Ansicht, daß sie nichts mit der primären Ohrspalte zu tun haben kann, sondern als eine Entwicklungshemmung aufzufassen ist. Die übrigen geschilderten Anomalien sind ein supernumerares Ohrläppchen (Polyotie), ein überhängendes (Katzen- oder Klapp-) und angewachsenes Ohr, sowie Keloide am Ohrringstich. Nach Exstirpation der letzteren hat F. keine Rezidive gesehen. (Ref. bei zwei analogen Fällen ebenfalls nicht.)

4) Der letzte Abschnitt enthält einen Bericht über 198 äußere, erworbene Lipome von beträchtlicher Größe, unter denen eine Reihe besonders durch ihren Sitz an seltenen Stellen bemerkenswert sind. Versuche, Lipome an entfernten Orten, wie an der Nase, Stirnhöhle etc. einzuheilen, sind dem Verf. nie gelungen. Der Bericht über 2 Fälle von diffuser Mammahypertrophie beschließt die Arbeit.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, **F. König,** **E. Richter,**
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 14. **Sonnabend, den 4. April.** **1903.**

Zur Äther-Chlorform-Mischnarkose.

Von
Dr. H. Braun in Leipzig.

Hofmann (2) und Witzel (3) haben kürzlich eine Narkotisierungsmethode empfohlen, welche darin besteht, daß man Äther tropfenweise kontinuierlich auf eine gewöhnliche offene Chloroformmaske gibt und, wenn das nicht ausreicht, nach Bedarf vorübergehend kleine Mengen Chloroform ebenfalls tropfenweise hinzufügt. Die Kranken erhalten zuvor regelmäßig Morphium. Ich möchte darauf hinweisen, daß es sich hierbei um die von mir seit 1898 angewendete und 1901 (1) beschriebene Narkotisierungsmethode handelt, welche ich charakterisiert habe als eine kontinuierliche Narkose mit sehr ver-

dünnten Ätherdämpfen, denen zeitweilig nach Bedarf kleine Mengen von Chloroformdampf zugesetzt werden. Es ist das fraglos die rationellste Form einer Äther-Chloroform-Mischnarkose, da auf diese Weise, wie ich ausführlich dargelegt habe, die Vorteile beider Mittel am besten ausgenutzt, ihre Nachteile am besten vermieden werden können. Viele Narkosen lassen sich mit verdünnten Ätherdämpfen allein einleiten und unterhalten. Allgemein brauchbar aber wird diese Narkose, auch wenn die Kranken Morphium erhielten, erst dann, wenn man, wie Witzel die Chloroformflasche neben der Ätherflasche zur Hand hat, oder wenn man sich der von mir beschriebenen Modifikation des Junker'schen Chloroformapparates bedient. Denn ab und zu begegnet man Individuen, welche so widerstandsfähig gegen die Narkotisierung sind, daß längere Zeit mit Äther und Chloroform oder selbst mit Chloroform allein narkotisiert werden muß, ehe die verdünnten Ätherdämpfe, welche die Tropfmethode oder mein Apparat liefert, allein zur Unterhaltung der Narkose ausreichen. Zu Beginn der Narkose, damit stimme ich mit Witzel selbstverständlich überein, darf jedoch niemals reines Chloroform verabreicht werden.

Ich habe über 250 derartige Narkosen in der oben erwähnten Arbeit, über weitere 350 im Zentralblatt für Gynäkologie 1902 Nr. 20 berichtet. Im Jahre 1902 wurden auf meiner Abteilung 328 registrierte Äther-Chloroform-Mischnarkosen ausgeführt. Die verbrauchte Menge der Narkotika betrug auf die Stunde berechnet 84,7 ccm Äther, 11 ccm Chloroform. In der Regel wurden weniger als 10 ccm Chloroform, und zwar bei der Einleitung der Narkose mit Äther zusammen gebraucht; die Unterhaltung der Narkose gelingt mit meinem Apparat, ebenso wie mit der Tropfmethode so gut wie ausnahmslos mit Äther allein. Ganz vereinzelte Kranke machten eine auffällige Ausnahme. Der größte Chloroformverbrauch betrug 50 ccm Chloroform mit 105 ccm Äther in $2^3/_4$ Stunden bei einer sehr schwierigen Kehlkopfexstirpation, 55 ccm Chloroform mit 80 ccm Äther in einer Stunde bei einer atypischen Fußgelenksresektion. Beide Kranke, Männer, hatten Morphium erhalten. Vereinzelte ähnliche Narkosen waren auch in früheren Jahren beobachtet worden. In derartigen Fällen die Ätherisierung allein erzwingen zu wollen, etwa durch Anwendung der Julliard'schen Maske, ist nicht ratsam. Denn es würden so hohe Ätherdampf-Konzentrationen für die Narkotisierung nötig sein, daß deren üble Einwirkung auf die Atmungsorgane zu befürchten ist. Morphium wurde im ganzen 108mal — ausschließlich bei kräftigen Männern — verabreicht. Mit Witzel's regelmäßiger Verwendung des Morphiums werden nicht alle Chirurgen einverstanden sein. Üble Zufälle während der Narkose wurden nicht beobachtet, niemals trat Überdosierung ein, welche künstliche Atmung erforderlich gemacht hätte. Die Häufigkeit des Erbrechens wurde im vergangenen Jahre nicht mehr notiert; aus den früheren Zusammenstellungen ergab sich, daß nur $^1/_5$ der

Kranken nach der Narkose brechen. 2 Pneumonien und 2 Bronchitiden wurden im Anschluß an Bauchoperationen beobachtet.

Ich habe das Witzel'sche Narkotisierungsverfahren in den letzten Wochen bei einer Anzahl von Kranken angewendet und mich von seiner prinzipiellen Identität mit dem meinigen überzeugt. Der Verlauf der Narkose ist bei beiden Verfahren der gleiche. Es ist nur ein Unterschied in der Nomenklatur, wenn Witzel von einer Äthernarkose spricht und ich mein Verfahren als eine Äther-Chloroform-Mischnarkose bezeichnet habe. Beide unterscheiden sich von einander ebensowenig, wie z. B. die mit dem Junker'schen oder Kappeler'schen Apparat ausgeführten Chloroformnarkosen sich von einer solchen mit offener Tropfmaske unterscheiden. Das Wesentliche ist nicht die angewendete Narkotisierungsvorrichtung, wenn dieselbe den allgemein gültigen Anforderungen entspricht. Ich halte persönlich die gleichmäßige Dosierung der Narkotika im Junker'schen Chloroformapparat oder in meiner Modifikation desselben für die Äther-Mischnarkose für besser und sicherer als bei der Tropfmethode, besonders wenn man nicht immer sehr geübte Narkotiseure zur Hand hat. Die Ersparnis an Äther und Chloroform ist beim Gebläseapparat sehr bedeutend, da von der offenen Maske der größte Teil unbenutzt abdunstet und die Luft des Operationssaales verunreinigt. Die Anwendung einer kontinuierlichen Narkose, wie sie die rationelle Äther-Chloroformnarkose darstellt, bei Operationen im Mund, Rachen, an den Kiefern etc. ist endlich nur mit Hilfe einer Vorrichtung möglich, welche die narkotischen Dämpfe durch ein Rohr direkt in den Rachen zu leiten gestattet. Jede diskontinuierliche Narkotisierung, z. B. die Julliard'sche Ätherisierung, oder eine intermittierende Chloroformnarkose ist im Prinzip fehlerhaft.

Der verdienstvolle Nachweis Witzels, wie auch mit Hilfe der offenen Maske die kontinuierliche Narkose mit verdünnten Ätherdämpfen praktisch verwertet werden kann, wird derselben mit Recht viele und zahlreiche Freunde zuführen. Wer die Ätherisierung mit meinem Apparat oder nach Witzel's Methode kennen lernt, wird erstaunt sein, wie wenig Äther man zur Narkotisierung, besonders zur Unterhaltung der Narkose auch bei Potatoren, braucht, wie viel zu viel in der Julliard'schen Maske verbraucht worden ist, und wie der kontinuierlichen Narkose mit verdünnten Ätherdämpfen alle die üblen angeblichen Nebenwirkungen des Äthers fehlen; man wird dann meiner Äußerung beistimmen, daß eine Kontraindikation gegen diese Narkose nicht durch Erkrankungen der Atmungsorgane, sondern nur dann gegeben ist, wenn die individuelle Widerstandsfähigkeit eines Kranken sich als so groß erweist, daß die verdünnten Ätherdämpfe allein nicht zur Narkose ausreichen. Dann aber ist nicht die Ätherdampfkonzentration zu steigern, um Narkose zu erzeugen, sondern Chloroform ist nach Bedarf hinzuzufügen (1). Es ist wohl ein ähnlicher Gedankengang gewesen, der Hofmann und Witzel zur

rationellen Mischnarkose geführt hat. Die moderne Chloroform-Sauerstoffnarkose wird ihr voraussichtlich nur vorübergehend Konkurrenz machen.

Einige kleine Mängel, welche sich beim Gebrauch meines modifizierten Junker'schen Apparates ergeben haben, wie z. B. das gelegentliche Einfrieren des Äthers, hat der Fabrikant des Apparates (C. G. Heynemann in Leipzig) beseitigt.

Literatur:

1) Braun, Über Mischnarkosen und deren rationelle Verwendung. Chirurgenkongreß 1901, Langenbeck's Archiv Bd. LXIV. Hft. 1.

2) Hofmann, Äthertropfnarkose. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV.

3) Witzel, Wie sollen wir narkotisieren? Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 48.

---

1) H. Braun. Über den Einfluß der Vitalität der Gewebe auf die örtlichen und allgemeinen Giftwirkungen lokalanästhesierender Mittel und über die Bedeutung des Adrenalins für die Lokalanästhesie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Theorie Preyer's, wonach Anästhetika und Narkotika in den Ganglienzellen des Zentralnervensystems chemische Verbindungen eingehen, zu deren Zersetzung und Elimination die Zellen unter vorübergehender Aufgabe ihrer Funktion ihre gesammte lebende Energie verwenden müssen, ist auch heute noch wahrscheinlich und kann in gleicher Weise dem Verständnis der örtlichen Cocainvergiftung dienen. Wahrscheinlich geht das Cocain lockere und flüchtige Verbindungen ein, die auch schnell wieder zerlegt werden, sodaß darauf die gestörte Funktion der Gewebe wiederkehrt. Natürlich muß bei der örtlichen Wirkung eines solchen chemisch differenten Mittels ein Materialverbrauch stattfinden, und zwar derart, daß bei verzögerter Resorption und gesteigerter lokaler Wirkung mehr Cocain verbraucht und weniger resorbiert wird. Daraus ergibt sich eine Wechselbeziehung zwischen örtlicher und allgemeiner Vergiftung. Diese Verhältnisse lassen sich leicht erkennen, wenn die örtliche Intoxikation an Geweben vorgenommen wird, deren Vitalität künstlich herabgesetzt ist. Dies kann geschehen durch Unterbrechung der Blutcirculation mittels Abschnürung, durch intensive Abkühlung der Gewebe und durch örtliche Applikation von Nebennierenpräparaten. Und in der Tat beweisen einschlägige Versuche, daß bei gesteigerter lokaler Wirkung und Resorptionsverzögerung durch Abschnürung und Anämie eine Verminderung der Toxicität eintritt. Ebenso zeigt sich, daß nach Injektion großer Cocaindosen in Gewebe, welche durch Abkühlung in ihrer Vitalität beeinträchtigt sind, eine allgemeine Vergiftung nicht eintritt, solange die Abkühlung fortgesetzt wird, während sich die Symptome der Vergiftung wesentlich

abgeschwächt zeigen, wenn nach längerer Zeit die Abkühlung unterbrochen wird. Die örtliche Vergiftung ist in allen diesen Fällen eine viel intensivere und stabilere als in Geweben mit ungehindertem, lebhaftem Stoffwechsel. Dem entspricht auch natürlich eine Steigerung der Anästhesie. Diese Erhöhung der lokalen Wirkung erklärt sich ebenfalls daraus, daß die Resorption verlangsamt wird, daß also das Cocain länger liegen bleibt und in verstärktem Maße seinen örtlichen Einfluß geltend machen kann, ferner daraus, daß alle die Vorgänge beeinträchtigt sind, durch welche ein lebendes Gewebe sich gegen das Eindringen fremdartiger Stoffe zu wehren vermag und nach eingetretener örtlicher Vergiftung die Rückkehr in den Normalzustand erstrebt.

Am interessantesten ist der Teil der Arbeit, in welchem an zahlreichen Versuchen bewiesen wird, daß ganz die gleichen Verhältnisse auch bei einer gleichzeitigen Anwendung von Adrenalin oder adrenalinhaltigem Nebennierenextrakt und Cocain eintraten. Hier zeigt sich, daß verdünnte Cocainlösungen, mit Adrenalinzusatz in die Gewebe injiziert, weit über die Zone der direkten Infiltration anästhesieren und die Leitungsfähigkeit von Nervenstämmen unterbrechen, wenn sie in deren Nachbarschaft eingespritzt werden. Gleichzeitig wird die Cocainanästhesie um das Vielfache verlängert. Die Ausbreitung der Gewebsanämie und der Empfindungslähmung ist dabei voneinander unabhängig; erstere wird lediglich durch den Adrenalingehalt, letztere durch den Cocaingehalt der Lösung bestimmt. Durch Tropacocainlösung verliert das Adrenalin seine gefäßverengernde Eigenschaft; dadurch ist auch die Steigerung der Anästhesie nur eine geringe. Eukain-β verhält sich ähnlich wie Cocain. Natürlich ist entsprechend dem oben Gesagten bei gleichzeitiger Adrenalinanwendung auch die Toxicität des Cocains eine verminderte.

Die praktische Bedeutung des Adrenalin für die Lokalanästhesie scheint eine recht bedeutende zu sein. Die gemeinsame Verwendung mit Cocain hat dem Verf. die ausgezeichnetsten Dienste geleistet. Bei Zahnextraktionen hat sie alle bisher bekannten Mittel an Sicherheit der Wirkung übertroffen. Die Art der Verwendung, die Konzentration der Lösung ist je nach Lage des Falles eine verschiedene. Es mag in dieser Hinsicht auf die Lektüre der Originalarbeit hingewiesen werden, welche für eine Reihe von operativen Eingriffen direkte Anweisungen gibt. Ganz besonders erfreulich scheint der Ausblick für die Verwendbarkeit des Mittels bei Anästhesierung größerer Nervenstämme durch Infiltration des perineuralen Gewebes durch die unversehrte Haut, weil hier die Empfindungslähmung ohne die Abschnürung größerer Extremitätenabschnitte erzielt wird und so eine Ausdehnung der Lokalanästhesie auf viele Operationen möglich erscheint, bei denen dieselbe bisher noch nicht recht anwendbar war. Niemals hatte das Adrenalin Nachteile, stets nur Vorteile. Außerdem aber empfiehlt B. das Mittel wegen seiner gefäßverengernden, ja gefäßverschließenden Wirkung bei der Exzision

von Angiomen, die nicht an der Extremität sitzen, bei der Stillung parenchymatöser Blutungen aus Wunden und bei Hämophilen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

2) **A. Rydygier.** Die Kryoskopie des Harns nach Chloroformnarkose.

(Medycyna 1902. Nr. 37.)

Verf. hat in seines Vaters Klinik den Einfluß des Chloroforms auf die Nierenfunktion durch Kryoskopie des Harns untersucht. Die Versuche sind noch nicht beendet, und beschränkt er sich bloß auf kurze Mitteilung der vorläufigen Resultate, aus welchen erhellt, daß die Funktion bezw. Suffizienz gesunder Nieren durch Chloroform nicht alteriert wird, bei krankhaften Affektionen derselben aber sehr wesentliche Einbuße erleidet, so zwar, daß Nephritis eine Kontraindikation für Chloroform abgeben sollte. **Trzebicky** (Krakau).

---

3) **Ph. Bockenheimer.** Über Schleich'sche Wundbehandlung.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 344. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1902.)

B. gibt in dem Vortrage einen Bericht über die in der Berliner chirurgischen Universitätspoliklinik mit den Schleich'schen Präparaten gemachten Erfahrungen, der um so dankenswerter ist, als hierüber von anderer Seite, als von Schleich selbst, bisher noch nichts mitgeteilt worden ist. Der Nachprüfung unterzogen wurden Pulvis serosus, Glutol, Glutolserum und Pasta serosa und peptonata. Die ersteren beiden Präparate, bei primär genähten und aseptischen offenen Wunden angewandt, hatten den Nachteil, daß es bei stärkerer Absonderung — die von aseptischer Gaze gut aufgesaugt wird — leicht zur Ansammlung von Sekret unter dem Schorf kam. Bei Fehlen von Sekretion kam es unter dem trockenen Gazeverband ebenso rasch und sicher zur Wundheilung, wie unter dem Pulverschorf. Auch bei Heilung durch Granulationen hatten die Pulver keine Vorzüge vor vielen anderen Präparaten (Borsäure, Zinkvaseline etc.). Das Glutolserum wirkte nur bei guten Wundverhältnissen und geringer Sekretion günstig, während es bei reichlicher Absonderung infizierter Wunden und bei Höhleneiterungen die Retention begünstigte. Daß progrediente Eiterung verhindert wurde, hing nicht von seiner Anwendung, sondern von der genügenden Inzision bei phlegmonösen Prozessen ab; hier war dann aber wieder bei Glutolserumbehandlung die Übersicht über die Wunde durch die mit dem Wundsekret vermischten Glutolserummassen erschwert, die Entfernung derselben leicht von Blutungen und Gewebsschädigungen gefolgt, der Sekretretention Vorschub geleistet.

Alles in allem waren diese Präparate somit bei aseptischen Wunden überflüssig, bei infizierten kleinen Wunden irrelevant, bei

Höhleneiterungen machtlos, bei phlegmonösen Prozessen direkt gefährlich. Auch die Schleich'sche Pasta serosa führte durch ihre rasche Eintrocknung zu ähnlichen Nachteilen bei stärkerer Wundsekretion. Dagegen wirkt die Pasta peptonata, z. B. bei Unterschenkelgeschwüren, günstig, allerdings auch nicht besser, als die sonst hierbei angewandte Behandlung. Dazu kommt noch, daß die Präparate leicht eintrocknen, schwer konserviert werden können, und schließlich noch ihre große Kostspieligkeit und ihre schwierigere Anwendungsweise, so daß B. der Schleich'schen Methode einen dauernden Platz in der Wundbehandlung nicht in Aussicht zu stellen vermag.

Kramer (Glogau).

---

4) **Sava.** Das Hermophenyl und seine Anwendungen.

(Spitalul 1902. Nr. 21.)

Das Präparat hat sich als sehr brauchbar, sowohl als Antiseptikum, als auch für die Quecksilberbehandlung der Lues erwiesen. Es läßt sich verschiedenen Seifen einverleiben, ohne sich zu zersetzen, ist nicht ätzend und können damit imprägnierte Verbandstoffe ohne Nachteil bei 120° sterilisiert werden. Für antiseptische Waschungen und Verbände werden 0,5—2%ige Lösungen empfohlen.

Als Antisyphilitikum hat S. bis zu 0,30 täglich ohne Nachteil intern nehmen lassen. Subkutan ist entweder täglich 0,01 oder 0,05 alle 3—4 Tage einzuspritzen.

E. Toff (Braila).

---

5) **Credé.** Die Behandlung septischer Erkrankungen mit intravenösen Collargol- (Arg. coll.) Injektionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Bei den meisten septischen Erkrankungsfällen wird eine Schmierkur mit dem sog. Unguentum Credé genügen, allein man wird die intravenöse Injektion an deren Stelle setzen, wo die Salbe nicht anwendbar ist, weil die Haut nicht aufsaugungsfähig erscheint, oder wo die Inunktion zu schmerzhaft ist oder dann, wenn die Infektion zu schwer und virulent einsetzte, so daß die Schmierkur nicht rasch genug wirkt. Schon nach wenigen Stunden übt das lösliche in das Blut eingeführte Silber bei rechtzeitiger Anwendung bemerkbare günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden aus. Bei schwerer Erkrankung soll man die Injektion nach 8—12 Stunden wiederholen. Je schneller die Verschlechterung im Befinden eintritt, um so rascher soll man die Einspritzungen wiederholen und um so größer die Dosis wählen. Eine kumulative Wirkung tritt nicht ein. Wichtig ist die Beschaffenheit des Collargol. Die bisherigen Mängel des Präparates, seine mangelhafte Lösung, seine Veränderlichkeit etc., soll ein neues von der Heyden'schen Fabrik in Dresden-Radebeul fabriziertes und in den Handel gebrachtes Präparat vermeiden, so daß die Anwendungsfähigkeit eine ausgedehntere und sichere werden wird. Auch

die lästigen, wenn auch ungefährlichen Fröste, die das frühere erzeugt hat, sollen bei dem neuen ausbleiben. Die Technik ist eine einfache, einige Regeln für die Anwendung des Verfahrens bei dicken Leuten und Blutarmen sind besonders angeführt. Bei manchen Menschen sind andere Venen als die am Ellbogen, nämlich die des Hand- und Fußrückens und die Krampfadern besser zu füllen. Im Notfalle würde C. die Jugularis externa benutzen. Subkutan injiziert, hat die Collargollösung keine Wirkung. Unglücksfälle sind nie beobachtet worden. Verf. benutzt jetzt 2—10 ccm einer 2%igen Lösung. Die Zahl der Eitererreger nahm nach den intravenösen Injektionen stets rasch ab. Die Wirkung des Mittels ist eine rein baktericide. Die Zahl der Leukocyten blieb entweder gleich groß oder ging zurück, so daß C. nicht eine antitoxische Wirkung anzunehmen vermag. Bei leichten und mittelschweren Fällen nimmt er eine Schmierkur vor, bei schweren injiziert er das Silber in die Venen. Intravenös wurden folgende Krankheiten behandelt: Schwere Phlegmonen, Gangrän, allgemeine Sepsis, Puerperalfieber, Pyämie, septische Osteomyelitis, Polyarthritis septica, ulceröse Endokarditis, schwere Erysipele, Peritonitis, Erythema nodosum, Milzbrand und hoffnungslose Phthise. Bei der letzteren besserten sich Temperatur, Puls und Allgemeinbefinden bei vielen Pat. für einige Wochen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

6) **H. Schmidt.** Beitrag zur diätetischen und operativen Behandlung der diabetischen Gangrän, sowie der senilen und der spontanen Gangrän.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Die Arbeit erörtert zunächst die drei verschiedenen Arten der Gangrän. Bei der diabetischen Gangrän führt der chirurgische Eingriff keineswegs durchweg zum Ziel. Nach den Beobachtungen der Breslauer Klinik gibt es dabei 60% Todesfälle. Die Erfolge der antidiabetischen Kur sind sehr verschieden, und nur beim Sinken des Zuckergehaltes ist ein Erfolg vom Eingriff zu erwarten. Durch die Verminderung wird geringere Disposition für Entzündung im Anschluß an die Gangrän bedingt. Die Entzündung stellt Verf. als besonders charakteristisch (?) für die diabetische Gangrän auf. Er betont sodann, daß gerade Ödem und Phlegmone als die perniciösen Komplikationen zu betrachten seien, und wendet sich zur Frage: »wo soll man amputieren?«. Diese wird für den Diabetes durch folgenden Satz beantwortet: »Geht auf Diät der Zuckergehalt bis 0,5% herunter, so kann man eine tiefe Amputation machen, geht er nicht soweit herunter, so muß eine hohe gemacht werden«. Die lokale Behandlung zur Unterstützung der Bekämpfung der Entzündung findet eine kurze Erwähnung. Bei seniler und spontaner Gangrän soll erst die Demarkation abgewartet werden und danach sich der Eingriff richten (tiefe Amputation).

Mitteilung von 23 Krankengeschichten und der Literatur schließen sich noch an.

Grosse (Kassel).

7) **J. Wyeth.** The treatment of vascular neoplasms by the injection of water at a high temperature.

(New York med. journ. 1902. Dezember 6.)

Verf. behandelt seit 2 Jahren vaskuläre Neubildungen verschiedener Formen (Aneurysma cirsoides, Muttermale, Naevus cavernosus) durch direkte Einspritzung von heißem Wasser (85—100° C.) in das Geschwulstgewebe; unangenehme Zwischenfälle sollen nie eingetreten, die Resultate sehr ermutigend sein. Zur Injektion verwendet Verf. Spritzen mit Metallcylindern und verschiedenen Kanülen. Die Quantität und die Hitze des eingespritzten Wassers wechselt je nach Art, Größe und Sitz der Neubildung. Das Wasser soll so heiß und in solcher Menge eingespritzt werden, daß eine Koagulation des Blutes und der Eiweißsubstanzen erzielt wird, wobei aber zu starke Hitzegrade und zu hoher Druck wegen der Gefahr der Nekrosen vermieden werden müssen; deshalb ist vielfach, insbesondere bei großen Geschwülsten, das Verfahren in mehrfachen Sitzungen vorzunehmen. Bei kleinen Geschwülsten soll Wasser von ungefähr 85° C. verwendet werden, bei Aneurysma cirsoides und größeren Gefäßgeschwülsten solches von 100° C. wobei die Spritze mit einem Bunsenbrenner in passender Weise in Verbindung gebracht wird. Es soll immer tiefe Narkose angewendet werden. Eiterung hat Verf. in einem einzigen Falle gehabt, jedoch ohne Beeinträchtigung des Endresultates. Das Verfahren erscheint nachahmenswert, jedoch muß noch die versprochene ausführlichere Publikation des Verf. genauere Angaben geben über die einzelnen Fälle und deren Heilung, sowie ganz besonders über event. Vorkommen von Rezidiven, da nach dieser Richtung hin die gegenwärtigen Ausführungen zu summarisch sind.

Scheuer (Berlin).

8) **Matthiolius.** Betrachtungen über den Stand der Kriegschirurgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXV. p. 199.)

Sowohl der Gesamtprozentsatz der Verluste der Truppenteile, als auch das Verhältnis zwischen der Zahl der Toten zu der der Verwundeten, sowie auch das Verhältnis der Zahl der Gewehrschußwunden zu den Artillerieverletzungen und das geringe Verhältnisprozent der Verletzungen durch blanke Waffen ist in den jüngsten Kriegen nicht viel anders geworden, als es in den älteren, z. B. fridericianischen und napoleonischen Kriegen gewesen ist. Die Befunde bei den Gewehrschußwunden haben die Resultate der Schießversuche mit den modernen Gewehren und Mantelgeschossen im wesentlichen bestätigt, und klinisch hat sich gezeigt, daß auch die theoretisch gut gestellte Prognose der Schußwunden der heutigen

kleinkalibrigen Mantelgeschosse sich praktisch bewahrheitete, ja, daß die gestellten Erwartungen noch übertroffen worden sind, insoweit die frische Gewehrschußwunde als reine zu gelten hat. Nicht nur primäre Gelenkresektionen bei Gelenkschüssen, auch, was sehr überraschte, die Laparotomie bei Bauchschüssen hat sich der Regel nach entbehrlich gezeigt, und Schüsse durch die großen Arterien sind nicht immer tödlich, sondern führen zu Aneurysmen. Für Verwundetentransporte gibt Verf. zwecks Fixierung verletzter Glieder dem Gipsverband in verschiedenen Formen den Vorzug vor Holz-, Blech- etc. Schienen und Bandagen.

Zur Beurteilung der Verhältnisse bei Seegefechten fehlt uns noch die Erfahrung. Für nicht imaginär hält hier M. den Versuch, vor bevorstehender Seeschlacht die Schiffsmannschaften durch ein Bad und Anlegen reiner Kleidung für etwaige Verwundungen bezw. zwecks Verhütung von deren Vereiterung vorzubereiten, was für Feldtruppen natürlich als Utopie anzusehen ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

9) **M. W. Herman.** Zur radikalen Operation des Epithelioms der Unterlippe.

(Przegląd lekarski 1902. Nr. 36.)

Verf. rät zu gründlicher Entfernung sämtlicher Lymphdrüsen bezw. Ausräumung des ganzen Mundhöhlenbodens in jedem Falle von Krebs der Unterlippe und empfiehlt hierzu folgende Methode: Die Operation beginnt mit einem nach vorn konvexen bogenförmigen Hautschnitte, welcher 1—1½ cm oberhalb der Falte zwischen Hals und Unterkinngegend verläuft. Die Enden des Schnittes reichen bis über den vorderen Rand des M. sterno-cleido-mastoideus hinaus. Nach Spaltung der Haut wird dieselbe nach beiden Seiten bis über den Kieferrand und das Zungenbein freipräpariert. Am lateralen Rande der Submaxillardrüse wird die A. maxillaris erst knapp an der Carotis unterbunden und durchschnitten, und zwar beiderseits. Nun folgt die Lospräparierung der Speicheldrüse (möglichst hohe Durchschneidung ihres Ausführungsganges) und der im Fettgewebe eingebetteten Lymphdrüsen, worauf die ganze Muskulatur des Mundhöhlenbodens rein präpariert wird, so aber, daß das entfernte Fettgewebe, sowie die exstirpierten Partien des Platysma mit der Speicheldrüse in Verbindung bleiben. Auf diese Art schrittweise fortfahrend, gelangt der Operateur in die Unterkinngegend, wo aus dem Spalte zwischen den einzelnen Muskeln die Drüsen entfernt werden und die ganze Operation auf der anderen Seite in umgekehrter Richtung wiederholt wird. Auf diese Art wird das Fettgewebe mit den Drüsen in toto entfernt, wobei die präventive Ligatur der Maxillararterien eine stärkere Blutung während der Operation verhindert.

Verf. hat dieses Verfahren an Rydygier's Klinik wiederholt mit Erfolg ausgeführt.

Trzebicky (Krakau).

---

10) C. W. Cathcart (Edinburgh). Ligation of the lingual artery through the mouth in excising half of the tongue.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

C. beschreibt seine Methode der Unterbindung der A. lingualis vom Munde aus behufs Ausführung einer halbseitigen Zungenexstirpation kurz wie folgt:

Der Mund wird weit geöffnet und die Zunge mit durch beide Hälften gelegte Seidenschlingen weit vorgezogen. Spaltung der Schleimhaut längs der Mittellinie des Zungenrückens, hinter der Geschwulst und zwischen Zunge und Kiefer. Spaltung der Zunge. Spaltung der Fasern des M. genio-hyo-glossus nahe der Symphysis so, daß die erkrankte Zungenhälfte weit aus dem Munde herausgezogen werden kann. Hierauf wird mit einigen vertikalen Strichen mit der Hohlsonde oder einem anderen stumpfen Instrument der vordere Rand des M. hyoglossus freigelegt. Die Hohlsonde wird nunmehr unter den Muskel geführt, nachdem die Gewebe mit der Sonde etwas getrennt sind. Durchschneidung von zwei Dritteln des Muskels auf der Hohlsonde. Sobald sich die durchschnittenen Muskelfasern retrahieren, erscheint die nur noch von etwas lockerem Gewebe bedeckte A. lingualis auf dem Boden der Wunde. Sie wird stumpf freipräpariert, doppelt unterbunden und durchschnitten. Es bleibt dann nur noch die völlige Exzision der Zungenhälfte übrig.

Als Vorzüge dieser Methode nennt C. größere Leichtigkeit der Versorgung der A. lingualis, geringere Blutung aus den kleinen Gefäßen, größere Sicherheit, daß weit im Gesunden operiert wird, Schonung der Regio submaxillaris, die eine Exstirpation der regionären Lymphdrüsen erleichtert.

C., der zwei Fälle auf diese Art operiert hat, fand die Operation leicht und sicher. An Leichenversuchen hat er festgestellt, daß auf diese Art derselbe Teil der Arteria lingualis unterbunden wird, wie bei der sonst üblichen Unterbindung im Trigonum sublinguale.

Unpraktisch erscheint mir bei dieser Methode der Umstand, daß an dem Operationsfelde vor der Unterbindung der A. lingualis doch ziemlich viele Schnitte ausgeführt werden müssen, die bei der bisher üblichen Methode erst nach der Unterbindung der Arterie gemacht werden. Daß die Blutung geringer sein soll, erscheint mir deshalb unwahrscheinlich.

Seefisch (Berlin).

---

11) A. Schanz. Über das Skoliosenredressement.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 48.)

Zwei Aufgaben sind bei der Behandlung der Skoliose zu erfüllen. Der Prozeß, der die Skoliose erzeugte, muß außer Wirksamkeit gesetzt und die von diesem Prozeß bewirkte Formveränderung des Rumpfskelettes beseitigt werden. Das Redressement kann von den genannten Aufgaben nur zur Lösung der zweiten etwas leisten, deshalb muß eine Skoliosenbehandlung, in welcher das Redressement

zur Anwendung gelangt, sich immer aus zwei Abschnitten zusammensetzen: erstens aus dem Redressement selbst und den sonstigen Maßnahmen zur Korrektur der Deformität und zweitens aus den Maßnahmen, welche der Austilgung des skoliosierenden Prozesses gelten. Das Redressionsresultat muß solange erhalten bleiben, bis der skoliosierende Prozeß beseitigt ist. Die Vorbereitungen zum Redressement müssen darauf ausgehen, eine möglichst hohe Redressionsfähigkeit der Skoliose herzustellen; etwa bestehende Fixation soll soweit als möglich gelöst, eine nicht fixierte Wirbelsäule muß möglichst geschmeidig gemacht werden. Bei der Herstellung der Redressionsstellung muß die Deformität in ihre Komponenten zerlegt werden und eine Überkorrektur in allen Komponenten stattfinden. Die einzige korrigierende Wirkung die auf die Wirbelsäule direkt und jede der verschiedenen Krümmungen zugleich ausgeübt werden kann, ist Zug in der Längsrichtung der Wirbelsäule; kombinieren läßt sich dieser Zug noch mit an richtiger Stelle eingesetztem Seiten- oder Rotationsdruck.

S. empfiehlt für das Redressement seinen Apparat, der vor anderen den Vorzug der Einfachheit und Billigkeit, den Nachteil, daß er eine größere Fertigkeit des Operateurs erfordert, hat. Art der Redression: Suspension am Kopf, Anschlingung der Füße und Zug an denselben; während Erhärten des Gipsverbandes Vervollständigung der Korrektur durch entsprechenden Druck. Über die Technik des Gipsverbandes ist das Original einzusehen. Das Redressement, bei welchem ernstere Zufälle sich nie ereigneten, wird nach 3—4 Tagen, und nach derselben Zeit noch 1—2mal zur Vervollständigung der Korrektur wiederholt. Der letzte Verband bleibt 3 Monate liegen, wird nur aus äußeren Gründen gewechselt unter Wiederholung des Redressement; dabei wird gleichzeitig ein Gipsbett hergestellt, in welchem Pat. bis zur Herstellung eines Dauerkorsetts liegen bleibt. Das letztere wird als Hartleder-Drellkorsett gearbeitet.

Das Gipsbett, welches S. für ein außerordentlich wertvolles Hilfsmittel für die Skoliosenbehandlung hält, kommt auch bei dem zweiten Teil der Kur neben Massage, Gymnastik und stationären Skoliosenredressionsapparaten in Anwendung. Allmählich werden die Apparate abgewöhnt, das Korsett durch ein weniger festsitzendes, meist eines Hessing'scher Konstruktion, ersetzt, dieses wieder durch eine einfache Stützvorrichtung.

Die Resultate, welche S. mit dieser Behandlungsmethode erreicht hat, sollen alle bisherigen übertreffen und bei richtiger Ausführung von Dauer sein. Eine Umformung eines nicht plastischen Rumpfskelettes ist aber auch durch das Redressement nicht zu erzielen; dagegen ist die Schwere der Deformität keine Kontraindikation. S. hält das Redressement für gerechtfertigt und indiziert, solange die Opfer, welche dasselbe an Zeit, Geld, Bequemlichkeit etc. fordert durch den Effekt ausgeglichen werden. **Langemak** (Rostock).

12) A. Schanz. Das Redressement schwerer habitueller Skoliosen und Kyphosen.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 51.)

Verf., von dem wir schon eine Reihe von Arbeiten aus diesem Gebiet kennen, fixiert nochmals seinen Standpunkt in der Skoliosenfrage dahin, daß er ein energisches, etappenweises Redressement für die einzig richtige Behandlung des größten Teils der habituellen Wirbelsäulenverkrümmungen hält. In relativ kurzen Intervallen wird in gestreckter (hängender) Stellung ein Gipsverband angelegt und vor seinem Erstarren eine manuelle Korrektion vorgenommen; der Verband beginnt an den Trochanteren und reicht bis um den Hals. Sobald keine Besserung mehr zu erzielen ist, wird ein Dauergipsverband für 6—12 Wochen angelegt, zu Anfang stets mit Kopfstütze. Der nunmehr erreichte Grad stellt das Endergebnis dar, das dann durch ein Hartlederbügelkorsett dauernd erhalten wird, unterstützt durch ein Gipsbett. Massage und Gymnastik verhüten dann das Eintreten eines Rezidivs und halten die Wirbelsäule beweglich.

Schmieden (Bonn).

---

13) Gluck. Der gegenwärtige Stand der Chirurgie des Schlundes, des Kehlkopfes und der Trachea.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Mortalität der großen Kehlkopfoperationen ist seit dem Jahre 1881, wo sie noch 50% betrug, bis auf 4,5—11% herabgesunken. Dies ist dem Prinzip zu verdanken, bei diesen Eingriffen die Luftwege von der Mund- und Wundhöhle zu trennen, um so die Hauptursache der großen Sterblichkeitsziffer, die Schluckpneumonie, zu vermeiden. Man führt deswegen zu Beginn der Operation die präliminare Luftröhrenresektion und Einnähung des Luftröhrenstumpfes in ein Hautknopfloch aus. Bei sehr ausgedehnten Eingriffen, bei denen auch Rachen- und Speiseröhre zum Teil mit entfernt werden müssen, wird auch das Speiseröhrenende an die Halshaut fixiert und ein Schlauch mit Quetschhahn eingeschoben. Solchen Operationen muß nach 3 Wochen bis einem Monat oft noch eine Pharyngo- und Ösophagoplastik folgen, mit doppeltem Lappen, von denen der eine mit der Epidermisfläche nach innen gegen die Mundhöhle blickt. Nicht selten bleiben danach Luftröhrenfisteln zurück, welche ihrerseits neuen plastischen Verschluß verlangen. Fehlt der Rachen, ein großer Abschnitt der Speiseröhre, das Zungenbein, und ist eine Plastik ausgeschlossen, so verwendet G. eine Prothese, welche das Schlucken und Sprechen mit Rachenstimme ermöglicht und sich als sehr brauchbar und empfehlenswert erwiesen hat. In allen Fällen, wo die Tracheotomie bereits ausgeführt war oder wo wegen fehlender Dyspnoë eine präliminare Tracheotomie nicht dringend erscheint, zieht es Verf. jetzt vor, erst zum Schluß, nachdem der Kehlkopf mit der Luftröhre aus der Wunde hervor-

gezogen ist, am unteren Wundpol die uneröffnete Luftröhre mit Matratzennähten circulär an die Haut zu befestigen; den Schluß der ganzen Operation erst bildet das Abschneiden der Geschwulst und Trachea vor der fixierten Luftröhre, dabei braucht kein Tropfen Blut oder Sekret in die Bronchien zu fließen. Großes Gewicht ist auf eine zweckmäßige Ernährung zu legen. Was die Ausdehnung der Operation anlangt, so wurden schon mit Erfolg Vena jugularis, Carotis communis, N. vagus und M. sterno-cleido-mastoideus, omohyoideus und scaleni, sowie N. phrenicus und sympathicus einer Seite entfernt. Wichtig ist die Entwicklung der Sprache. Viele Pat. bedienen sich mit Erfolg der Pharynxstimme, andere gebrauchen Phonationsprothesen verschiedener Konstruktion, welche auch bei fehlender Kommunikation zwischen Luftwegen und Nasen-Rachenraum nach dem vom Verf. eingeführten Prinzip eine gute Sprechfähigkeit ermöglichen. In der Hauptsache handelt es sich um eine Verstärkung der Flüsterstimme. Der Erfolg der Eingriffe hängt weniger von der Ausdehnung der Krankheit als von dem Allgemeinzustand der Pat. ab. G. hat noch eine Reihe von Kranken geheilt, welche von berufenster Seite als inoperabel abgewiesen waren. Seine Erfahrungen basieren auf weit über 100 Fällen.

E. Siegel Frankfurt (a/M.).

---

14) **T. A. Korteweg** (Leyden). Foreign bedies in the lungs.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

Sehr ausführlich berichtet K. über einen Fall aus dem südafrikanischen Kriege.

Verwundet war der Pat. 6 Monate vor der Operation durch Splitter einer Lydditgranate. Von den erhaltenen Verletzungen heilte eine Wunde an der rechten Brustseite am schnellsten, ohne daß Lungensymptome auftraten. Erst später trat Bluthusten und noch später eitriger Auswurf auf. Eine Untersuchung mit Röntgenstrahlen fand erst 6 Monate nach der Verwundung im Leydener Krankenhause statt und zeigte, daß ein Granatsplitter in der rechten Lunge etwa 7,5 cm von der vorderen Brustwand entfernt lag.

Die zweite und dritte Rippe wurde reseziert, doch erst bei der dritten Operation glückte es, den Splitter nebst einigen Tuchfetzen zu entfernen.

Es erfolgte völlige Heilung. Der Granatsplitter, welcher durch den zweiten Interkostalraum eingedrungen war, wog 42 g.

Seefisch (Berlin).

---

15) **A. Sokołowsky.** Inwiefern kann durch Trauma die Entwicklung der Lungenphthise veranlaßt werden?

(Gaz. lekarska 1902. Nr. 28.)

Auf Grund eines genauen Studiums der Literatur und eigener reichlicher Erfahrung gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Trauma des Brustkorbes und Lungenphthise ist mit präziser Sicherheit nicht nachweisbar. In der großen Mehrzahl der Fälle handelt es sich um bereits vor dem Unfalle mehr oder weniger latent verlaufene destruktive Lungenprozesse.

2) In einer ganz geringen Zahl von Fällen wäre ein ätiologischer Zusammenhang derart anzunehmen, daß die durch das Trauma bedingte Schädigung des Lungengewebes bei hierzu disponierten Individuen namentlich unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen zur Entwicklung eines chronisch entzündlichen Prozesses mit tuberkulösem Charakter führen könnte.

3) Dagegen kann nicht geleugnet werden, daß durch ein Trauma des Brustkorbes eine bereits bestehende Lungenphthise oft sehr ungünstig beeinflußt werden kann. **Trzebicky** (Krakau).

---

16) **C. Beck.** Exploratives Prinzip und Technik beim sekundären Brustschnitt.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Schede'sche segensreiche Operation veralteter Empyemhöhlen gipfelt in der Freilegung der Höhle durch einen Schnitt, welcher von der vierten Rippe bogenförmig nach abwärts bis zur hinteren Axillarlinie in der Höhe der zehnten Rippe und dann wieder im Bogen an der medialen Seite des Schulterblattes emporführt. Nach Ansicht des Verf. bedürfen nun aber die meisten Fälle eines so typischen und sehr eingreifenden Verfahrens nicht. Der Eingriff soll sich jedem Falle anpassen, und der Operationsplan soll erst während der Operation selbst festgestellt werden. Die Methode B.'s besteht darin, daß man als Einleitung die Rippe, welche nach oberflächlicher Schätzung in der Mitte des Höhlendaches liegt, ohne Rücksicht auf die bestehende Pleurafistel reseziert. Die unter dem exstirpierten Rippenstücke gelegene Pleura wird dann quer durchtrennt, und durch seitliche Exzision gewinnt man Raum zur Betrachtung und Betastung der Höhle. Ist diese klein, so kann man von dem einen Querschnitt aus die nächsten 2—3 Rippen entfernen und dann die Kostalpleura entsprechend exzidieren. Bei größerer Ausdehnung durchschneidet man in gleicher Weise ein Rippenstück nach dem anderen, nachdem man immer erst durch Tastung sich über die wahrscheinliche Länge des jeweils zu entfernenden Stückes vergewissert hat. Da die Weichteilablösung damit Schritt hält, entsteht zu guter Letzt ein sehr unregelmäßig gestalteter Lappen. Man soll aber der Form desselben keine besondere Beachtung schenken, sondern diese der Form der Höhle unterordnen. Auf Kreuz- und Querschnitte kommt es also nicht besonders an. Erweist sich das Schulterblatt im Wege, so wird ein entsprechender Teil reseziert. Für die Resektion der die Spitze des Rippenfellraumes deckenden Rippenkuppel, welche durch die Schede'sche Operation gar nicht

berührt wird, empfiehlt B. folgendes Verfahren: Man führt bei rechtwinklig erhobenem Arm hart am unteren Rande des Pectoralis major einen Querschnitt, welcher nahe dem unteren Ende des vorderen Deltoidesrandes endet. Die Muskulatur wird dann nach oben präpariert bis die Achselhöhle freiliegt und das Gefäßbündel zusammen mit den dicken Muskelschichten durch Haken nach oben gezogen. Wenn nötig sind beide Brustmuskeln seitlich einzukerben. Nun werden die Rippen der Indikation entsprechend reseziert. Erweist sich der Zugang zur ersten Rippe dabei als sehr erschwert, so reseziert man vorher das Schlüsselbein. Auch die Schwarten der Pulmonalpleura sollen entfernt werden, aber nicht methodisch wie nach Delorme und Fowler, sondern nur dort, wo sich nach der Explorativresektion die Notwendigkeit herausstellt, und dann nur als Supplement zur Resektion der Kostalpleura. Verf. empfiehlt die Übertragung dieses Prinzips auch auf die Behandlung der Lungenabszesse bei Fällen, in denen die anderen Methoden, speziell die Probepunktion, keine Auskunft geben, als exploratorische Pleura- und Pneumotomie. Großen Wert legt B. auf eine gymnastische Nachbehandlung. Zu diesem Zwecke empfiehlt er vor allem Hanteln und Trompetenblasen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

17) **M. Boureau.** Le massage du coeur mis à nu.

(Revue de chir. XXII. Jahrg. Nr. 10.)

Die Arbeit stellt die hierher gehörigen experimentellen Untersuchungen und die von chirurgischer Seite mitgeteilten Fälle von Massage des freigelegten Herzens zur Wiederbelebung scheintoter Chloroformierter zusammen und kommt zu dem betrübenden Schluß, daß man vorderhand besser tue, beim Menschen von weiteren nutzlosen Versuchen abzustehen. Vorerst möge man den Physiologen überlassen festzustellen, wie lange überhaupt ein durch Chloroform gelähmtes Herz noch wiederbelebungsfähig sei.

Wenngleich auch die Prus'schen Erfolge bei Hunden ermutigten, ebenso wie der Fall von Tuffier, wenngleich man ferner gegen die meisten bisherigen Versuche der Chirurgen einwenden müsse, daß sie bei Freilegung des Herzens vom Thorax her notgedrungen die schwere Schädigung des Pneumothorax noch herbeiführten, so haben zwei neuere Beobachtungen von Mauclaire und Poirier, welche, den von ihnen empfohlenen Weg durchs Zwerchfell nehmend, doch erfolglos blieben, auch diesen Einwand entkräftet.

Vorläufig beschränke man sich daher auf künstliche Atmung und Zungentraktionen. **Christel** (Metz).

Kleinere Mitteilungen.

18) Sanitätsbericht über die kgl. preußische Armee, das XII. (kgl. sächsische) und das XIII. (kgl. württembergische) Armeekorps für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1899 bis 30. September 1900. Bearbeitet von der Medizinalabteilung des kgl. preußischen Kriegsministeriums. Mit 35 Karten und 9 graphischen Darstellungen.

Berlin, E. S. Mittler & Sohn, 1902. 206 S. Text und 167 S. Tabellen.

Der vorliegende Bericht enthält wiederum eine Fülle auch für den Fachchirurgen wertvollen Materials, aus welchem hier nur das Wichtigste und Interessanteste gebracht werden kann. Im Referat halten wir uns an die Gruppen des Rapportschemas, nach welchem im Sanitätsbericht die Krankheiten etc. abgehandelt werden, indem wir bei den einzelnen Krankheitsgruppen auf die wichtigsten Operationen der am Schlusse des Berichtes stehenden Operationstabelle eingehen.

Von den 8 Erkrankungen an Starrkrampf (Trismus, Tetanus) endigten 6 tödlich; die 2 geheilten waren mit Antitoxin behandelt, von den 6 Gestorbenen erhielten 2 kein Antitoxin, da sie, mit schweren Krankheitserscheinungen aufgenommen, sehr bald verstarben. Es wurden 250 Immunisierungseinheiten kurz nach Ausbruch des zwischen dem 6. und 8. Tage nach den Verletzungen eingetretenen Starrkrampfes subkutan eingespritzt, meist in mehrfacher Wiederholung.

Bösartige Geschwülste wurden 29mal beobachtet; 19mal handelte es sich um Sarkom, 4mal um Krebs, 5mal um Strahlenpilz, 1mal ließ sich die Art der Neubildung nicht feststellen. Ein Mandelsarkom entwickelte sich im Anschluß an eine Mandelentzündung; der Fall endigte tödlich. Besonders schnell zum Tode führten 2 Fälle von Sarkom des Mittelfells.

Unter den zugegangenen 83 Fällen von Krankheiten des Gehirns befanden sich 8 Gehirngeschwülste und 4 Eiterherde im Gehirn; 2 der letzteren entstanden im Anschluß an eitrigen Mittelohrkatarrh. Da der Sitz der Geschwülste nicht genau lokalisiert werden konnte, mußte von einer Operation abgesehen werden.

Über 177 Gehirnerschütterungen = 0,34‰ ist rapportiert, die meist durch Fall vom Pferde oder beim Turnen verursacht waren, und von welchen nur 2 tödlich endeten.

Recht häufig mußte wegen Empyem der Brusthöhle operiert werden; 102mal wurde der Brustschnitt ausgeführt, und zwar 95mal mit, 4mal ohne Aussägung eines Rippenstückes; bei einem anfangs mit Bülau'scher Aspirationsdrainage behandelten Kranken mußte später der Brustschnitt mit Rippenresektion ausgeführt werden.

Operationen wegen verkäster Lymphdrüsen am Halse wurden oft ausgeführt. Von Interesse ist ein Fall, in welchem heftige Unterleibsbeschwerden bestanden und bei der Laparotomie als einziger Grund dafür eine kleinfaustgroße, durch Tuberkulose verursachte Anschwellung einer Mesenteriallymphdrüse angetroffen wurde.

Wegen durch Kropf verursachter Beschwerden gingen den Lazaretten 52 Kranke zu, von welchen 32 im Dienst bleiben konnten. In einem Falle mit heftigen Atembeschwerden, wie in einem zweiten mit eitriger Strumitis wurde durch Operation Heilung erzielt.

Von 853 wegen Unterleibsbruch in den Lazaretten aufgenommenen Leuten unterzogen sich 11 freiwillig einer Operation, die nach Bassini und Kocher ausgeübt wurde; 9 von ihnen wurden durch die Operation dienstfähig. Wegen eingeklemmten Bruches wurde 9mal operiert, 7mal trat hierdurch wieder Dienstfähigkeit ein. 7mal konnte die Einklemmung unblutig beseitigt werden.

Innerer Darmverschluß ist 12mal beobachtet worden, 3mal wurde operiert. Unter den 3 Operierten bietet ein Fall besonderes Interesse. Wegen Gallertkrebs des Querdarmes war zunächst ein künstlicher After gebildet und nach 2 Monaten vermittels Murphykopfes eine Anastomose zwischen Querdarm und S romanum hergestellt worden. Nach 3 Monaten war eine erneute Öffnung der Bauchhöhle nötig, da die Verbindung der Därme allmählich undurchgängig geworden war. Es stellte sich bei der Operation heraus, daß die Verbindung durch Verwachsungen zu einem schmalen Schlitz verzogen war, und eine neue Anastomose angelegt werden mußte. Der Mann starb später an Erschöpfung.

832 Blinddarmentzündungen = 1,6 ‰ wurden beobachtet; gestorben sind hieran 21 Mann, 613 wurden wieder dienstfähig, 172 gingen als Invalide ab, in Behandlung verblieben 78. 18mal war die Blinddarmentzündung mit eitriger Bauchfellentzündung kompliziert, von 11 deswegen Operierten konnte nur einer gerettet werden. Bei abgekapselten Abszessen ist 31mal operiert worden, bis auf 4 tödlich endigende Fälle trat hierdurch Heilung ein. Bei 57 zugegangenen Bauchfellentzündungen, die nicht durch Appendicitis bedingt waren, wurde 5mal operiert; von den Operierten starben 4, einer blieb am Leben.

Unter den 47 Krankheiten der Leber finden wir einen Blasenwurm dieses Organs, der durch Operation beseitigt wurde.

Unter den Krankheiten der Nieren interessieren 6 Fälle von Nierenbluten, welches 4mal durch Trauma, 1mal durch Pyelitis hervorgerufen wurde und 1mal ohne zu deutende Ursache als paroxysmales Bluthamen anfallsweise eintrat. Durch die subkutane Einspritzung von 200 ccm einer 2,5%igen Gelatinelösung wurde einmal eine prompte Beseitigung des Bluthamens gesehen. Wegen Nierensteinkolik und Hydronephrose wurde je einmal die Operation mit Erfolg ausgeführt.

Erfreulicherweise ist wiederum eine deutliche Abnahme der venerischen Krankheiten in der Armee zu erkennen. Es gingen zu 9625 = 18,5 ‰, während im vorhergehenden Bericht über 10218 = 19,9 ‰ rapportiert wurde. In demselben Zeitraume, in welchem in der deutschen Armee 18,5 ‰ venerische Krankheiten vorkamen, sind in der österreichischen 64 ‰, in der englichen Landarmee 122,4 ‰ vorgekommen.

Auch die Zahl der Panaritien hat gegen die Vorjahre abgenommen, während bei den Zellgewebsentzündungen eine geringe Zunahme zu verzeichnen ist. Bei einem Manne trat im Anschluß an Panaritium eine allgemeine Infektion mit Gelenkschwellungen und Endokarditis ein. Im Gefolge der Zellgewebsentzündung trat 3mal der Tod durch Septikopyämie ein.

Recht zahlreich waren wieder die Zugänge an Fußgeschwulst, 15104 Fälle = 29,0 ‰; diese Anzahl wird noch dadurch erhöht, daß ein Teil der Erkrankung an Fußgeschwulst unter der Rapportnummer 173 »Knochenbrüche des Fußes« zu finden ist. Mit der immer weiter durchgeführten Einrichtung von Röntgenapparaten in den Lazaretten wird es sich nach und nach ermöglichen lassen, daß die Diagnose »Fußgeschwulst« aus dem Berichte mehr und mehr schwindet und statt ihrer Knochenbruch der Mittelfußknochen oder Knochenhautentzündung der Mittelfußknochen gemeldet werden wird.

Über Exerzier- und Reitknochen ist 28mal rapportiert; in 8 Fällen wurden dieselben durch Operation entfernt, in 11 Fällen gingen die Erkrankungen unter hydropathischen Umschlägen und Massage soweit zurück, daß ohne Operation Dienstfähigkeit eintrat.

Das Krankheitsbild des federnden oder schnellenden Fingers findet sich im Bericht 5mal; 4mal wurde Heilung durch Spalten der Sehnenscheide erzielt, einmal trat Heilung durch Strecken des Fingers in Chloroformnarkose mit nachfolgender Schienung und Massage ein. Dieser letztere Fall wurde als auf neurasthenischer Grundlage entstanden bezeichnet.

Unter der Gruppe »Quetschungen und Zerreißungen« finden sich einige recht schwere Verletzungen. Außer schweren Quetschungen der Brust, bei welchen 7mal die Lunge nachweisbar verletzt war, kamen mehrfache Quetschungen des Bauches vor, die 1mal Zerreißung der Leber, 1mal Zerreißung der Milz —

durch Exstirpation der Milz geheilt —, 5mal Darmzerreißungen im Gefolge hatten. 1mal wurde der verletzte Darm freigelegt und die Darmresektion ausgeführt, nur in einem Falle jedoch konnte Heilung erzielt werden. Eine Folge von Pfählungsverletzung waren 2 Harnröhrenzerreißungen — durch Operation geheilt — und 2 Verletzungen des Mastdarmes; nach den letzteren blieb in jedem Falle eine Mastdarm-Harnröhrenfistel zurück.

Knochenbrüche gingen im Ganzen 3212 = 6,2‰ zu, am häufigsten vertreten waren die Brüche des Fußes infolge der vielen Brüche der Mittelfußknochen; es folgen an Häufigkeit die Unterschenkelbrüche, dann die des Vorderarmes, hierauf die der Hand und des Schlüsselbeines. Unter den 82 Oberschenkelbrüchen finden sich auffallend viel Schenkelhalsbrüche; das Verhältnis der Brüche des Schaftes zu denen des Halses ist ungefähr 3 : 1. Unter den ausführlicher beschriebenen Knochenbrüchen des Kopfes sind 46 Brüche des Hirnschädels, und zwar 23 des Schädelgewölbes und 23 des Schädelgrundes verzeichnet.

Die Zahl der Verrenkungen hat gegen die Vorjahre abgenommen; am meisten befallen war das Schultergelenk, dann das Ellbogengelenk. An seltenen Verrenkungen kam einmal eine totale Verrenkung des Schienbeines im Kniegelenk nach vorn, einmal eine Verrenkung des Kahnbeines unter den Sprungbeinkopf vor; in letzterem Falle konnte nur durch eine Operation Heilung erzielt werden.

Viel Interessantes bieten die Schußverletzungen; einschließlich der Selbstmorde ist über 375 Schußverletzungen berichtet worden. Schußverletzungen kamen vor durch Granaten, Shrapnels etc. 6mal, durch scharfe Gewehr- und Karabinerschüsse 72mal, durch scharfe Revolver- und Pistolenschüsse 58mal, durch scharfe Zielmunition, Teschin- und Flobertgeschosse 47mal, durch Platzpatronen aus dem Gewehrlauf 113mal, durch Platzpatronen infolge freier Explosion 12mal. Schrotschüsse wurden 10mal, Verletzungen durch abgesprengte Geschosse 7mal, Wasserschüsse 1mal, Verletzungen durch Explosion von Geschossen, Gewehren etc. 46mal beobachtet. Fast zwei Drittel sämtlicher scharfen Gewehr- und Karabinerschüsse waren durch Selbstmorde bezw. Selbstmordversuche bedingt. Unter den Unglücksfällen ist ein Fall von Interesse, in welchem ein Geschoß (Modell 88) auf dem Scheibenstande auf 150 m einen Dragoner durch Brustschuß auf der Stelle tötete, dann in der Kehlgegend eines zweiten Dragoners eindrang und nach seitlichem Durchbohren der Wirbelsäule den Körper oberhalb der Schulterblattgräte wieder verließ. Auch der zweite Mann starb nach 20 Stunden. Nicht allein die Gewehrschüsse mit scharfen Patronen, sondern auch die aus nächster Nähe abgegebenen Schüsse mit Platzpatronen riefen hochgradige Zertrümmerungen des Schädels und Gehirns hervor. Bei Platzpatronen nahm die Schwere der Verletzung sofort ab, sobald die Mündung des Gewehres etwas weiter vom Körper abgehalten wurde. Denn das Holzgeschoß der Platzpatrone zerspringt bereits auf 1 m Entfernung. In einem Falle, in welchem sich ein Mann mit seinem durch Platzpatrone geladenen Karabiner in den Mund geschossen hatte, lag die Schädeldecke, vollkommen abgesprengt, in mehrere Stücke zersprengt 3 m von der Leiche entfernt, während das zertrümmerte, aus der Schädelhöhle geschleuderte Gehirn unmittelbar neben der Leiche gefunden wurde. Ein Mann hatte sein Gewehr M. 88 mit einer scharfen Patrone geladen, den Gewehrlauf mit Wasser gefüllt und den Schuß gegen die Stirn abgegeben. Auch hier fand eine völlige Zertrümmerung der Schädeldecke und des Gehirns statt.

Die Absicht, sich durch Selbstverstümmelung dem Militärdienst zu entziehen, wurde von 2 Soldaten dadurch erreicht, daß sie sich mit einem Messer je einen Finger der rechten Hand so erheblich verletzten, daß Steifheit des betreffenden Fingers eintrat.

Zum Schluß des Berichts finden wir die Operationstabelle mit einer stattlichen Anzahl von größeren Operationen. Unter diesen waren 18 Eröffnungen des Schädels, 57 Ohrenoperationen — mit 47 Aufmeißelungen des Warzenfortsatzes —, 20 Augenoperationen, 24 Laparotomien, 42 Operationen bei Blinddarmentzündung, 20 Bruchoperationen, 28 Knochenresektionen, 29 Amputationen, 12 Exartikulationen, 20 Geschwulstausschälungen. **Herhold** (Altona).

19) **H. Schüssler.** Klinische Mitteilungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

S. teilt zwei interessante Krankengeschichten mit; die erste enthält eine 18 Jahre dauernde Beobachtung eines jetzt 74jährigen Herrn mit einem Speiseröhrendivertikel, das sich in dieser Zeit um das Dreifache vergrößert hat, ohne daß die Beschwerden dadurch gewachsen wären. Die hauptsächlichsten Schmerzen treten ein, wenn das Divertikel leer ist; sie vergehen aber sofort nach dem Genusse von einem Schlucke kalten Wassers.

In dem zweiten Falle handelt es sich um eine intrakapsuläre Meißelresektion des Hüftgelenkes, die wegen eines heftigste Schmerzen verursachenden Knochenwalles ausgeführt wurde, welcher sich nach einer eingekeilten Schenkelhalsfraktur gebildet hatte. Der Eingriff führte zur Befreiung des Pat. von seinen Beschwerden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

20) **D. Galian.** Quetschwunde des Kopfes und cerebrale Hämorrhagie ohne Verletzung des Cranium.

(Spitalul 1902. Nr. 21.)

Ein 23jähriger, sonst ganz gesunder Bursche erhielt im Laufe einer Schlägerei einen Hieb mit einem Eisenstücke auf die rechte Parietalgegend und stürzte augenblicklich tot nieder. Bei der Autopsie wurde zwar eine bis auf den Knochen reichende, 5 cm lange Hautwunde der getroffenen Schädelgegend gefunden, doch war das knöcherne Kopfgerüst vollständig unverletzt. Trotzdem bestand ein reichlicher Bluterguß im rechten Hirnventrikel. Verf. ist der Ansicht, daß der Verletzung vorangegangene Trinkexzesse durch die hervorgerufene Hirnkongestion ein prädisponierendes Moment für die stattgehabte Gefäßruptur abgegeben haben.

E. Toff (Braila).

21) **v. Angerer.** Über die Extraktion von Kugeln aus der Schädelhöhle.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 1.)

In der Münchener chirurgischen Klinik wird in Bezug auf die Behandlung frischer penetrierender Schußverletzungen des Schädels in gleicher Weise verfahren, wie es v. Bergmann wiederholt eindringlich empfohlen hat, d. h. es wird die Umgebung des Einschusses desinfiziert und die Wunde durch einen Verband ohne jegliche vorausgegangene Sondierung verschlossen. Nur eine Blutung aus der Art. meningea media mit Hirndruckerscheinungen oder lokalisierte Lähmungen der motorischen Region indizieren ein primäres operatives Vorgehen. Erst im weiteren Verlauf auftretende andauernde schwere Folgeerscheinungen können die Entfernung des Geschosses, sofern durch die Extraktionsversuche nicht neue Schädigungen des Gehirns, neue Störungen in den Leitungsbahnen verursacht werden würden, wünschenswert und notwendig machen. 2 mitgeteilte Fälle dieser Art, in denen durch die Röntgenphotographie die Geschosse, einmal im Sinus frontalis und an der Basis des Stirnlappens, im anderen Falle nach der Stammschen Methode auf dem Dache der Orbita nachgewiesen waren, wurden von v. A. mit vollem Erfolge operiert. **Kramer** (Glogau).

22) **T. Struppler.** Zur Kenntnis der rhinogenen purulenten Meningitis und Cerebrospinalmeningitis. (Aus der I. med. Klinik in München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 45.)

Die vom Verf. mitgeteilten 3 Fälle von rasch tödlich verlaufener Meningitis waren dadurch bemerkenswert, daß die die Meningealeiterung veranlassende Eiterung der einen bezw. beider Highmorshöhlen, im letzten Falle auch der Siebbeinhöhle, völlig latent geblieben und erst bei der Obduktion nachgewiesen worden war. **Kramer** (Glogau).

23) **T. Zalewski.** Ein Fall von pericerebralem Abszeß nasalen Ursprunges.

(Przegląd lekarski 1902. Nr. 51.)

Eine 56jährige Frau wurde wegen einer Fistel auf der Stirn in Rydygier's Klinik aufgenommen. Die Anamnese ergab, daß sich vor 4 Wochen oberhalb der linken Augenbraue ein bohnengroßes Knötchen gebildet hatte, nach dessen Insision sich Eiter entleerte. Die Inzision ist bis auf eine Fistel geheilt, aus welcher sich stets Eiter entleert. Durch die unterhalb des linken Stirnhöckers befindliche Fistel gelangt die Sonde etwa 1 cm weit nach dem Cavum cranii. In der Nase ein großer Polyp. In Narkose wurde die Fistelöffnung durch Entfernung eines kronengroßen Knochenstückes erweitert, wodurch es klar wurde, daß die Fistel durchaus nicht, wie angenommen wurde, in den Stirnsinus, sondern die Schädelhöhle führte und die Sonde bis zum Hahnenkamme des Siebbeines gelangte. Die harte Hirnhaut war perforiert, und der Eiter befand sich sowohl extra- wie intradural. Die Sekretion des Eiters hörte nach einiger Zeit auf, und es erfolgte volle Heilung. Verf. ist der Ansicht, daß die Eiterinfektion in diesem Falle von der Nase aus erfolgt war. **Trzebicky** (Krakau).

24) **D. G. Gorochow.** Sieben Fälle von angeborenen Hirnbrüchen (Cephalomen) im Moskauer Sophienhospital für Kinder.

(Medicinskoje Obosrenje 1902. Nr. 24.)

In 5 Fällen handelte es sich um Cephalomata sincipitalia; 2 wurden osteoplastisch nach Lyssenkow operiert und heilten; 2mal wurde der Defekt im Knochen mit den Nasenbeinen geschlossen, beide gingen an Meningitis zugrunde (Infektion von der Nase aus); im letzten Falle — Bruch ebenso groß wie der Kopf — mußte die Operation rasch beendet werden und wurde die Öffnung durch Zusammenziehen des Periosts geschlossen. Heilung. — Beim 6. Pat. fand man an der Stelle des vorderen Hirnbruches ein Lymphangiom mit Gliagewebe; kein Loch im Knochen. Heilung. Im 7. Falle hatte der 9 Tage alte Knabe eine Hernia occipitalis; Bruchhals 30 cm im Umkreis messend, Umfang des Bruches 25 cm. Als unoperierbar abgewiesen. — Schlußfolgerungen: Man muß möglichst früh operieren, strenge Asepsis innehalten; Hautschnitt besser horizontal. Die Größe des Bruches hängt meist von der Größe des Knochendefektes ab. Je mehr Gliomgewebe im Defekt und an dessen Rändern liegt, desto kleiner die Knochenöffnung. Knochendefekte, die auf Kosten des Tränen- und Siebbeines gebildet waren und die Nasenbeine weit dislozierten, gaben schweren Verlauf nach der Operation (beide gestorben). Bei Defekten an der Glabella oder daneben ist die Methode von Lyssenkow geeignet; bei Defekten unter dem Nasenbeine müssen die letzteren und die Stirnfortsätze der Oberkiefer zur Plastik benutzt werden. Im Fall 5 (kopfgroßer Bruch) wurde die Flüssigkeit im Bruche durch Anlegen einer Darmklemme am Bruchsackhalse vom Schädelinhalte isoliert; diesem Umstande schreibt Verf. den guten Verlauf zu. — 3 Figuren veranschaulichen den eben erwähnten Fall vor und nach der Operation, sowie den Bau des Bruches.

Gückel (Kondal, Saratow).

25) **R. Porges.** Zur Technik der heteroplastischen Deckung von Schädeldefekten.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 50.)

P. teilt einen sehr schönen Heilerfolg bei einer alten Schädelkaries mit. Er entfernte zunächst absolut im Gesunden den kranken Knochen und legte die von fungösen Granulationen bedeckte Dura weit im Gesunden frei. Nach Jodoformierung der Wunde deckte er den Defekt durch Zusammenziehen der Haut einschl. Periost; vorher aber überbrückte er die 7 : 5 cm große Knochenlücke durch zwei Celluloidstreifen, die er beiderseitig in die Diploe des Knochens einfalzte und dadurch unverschieblich festlegte. Außer der Fixierung liegt gegenüber einer runden Celluloidplatte der Vorteil in einer ausgiebigen Drainage, die bei der

tuberkulösen Natur des ursprünglichen Krankheitsprozesses wünschenswert war. — Die in einer Sitzung durchgeführte Operation führte nach kurzer Drainage zu völliger, idealer Heilung; nach 4 Monaten war vom Periost aus eine feste knöcherne Verschlußplatte entstanden. **Schmieden** (Bonn).

26) **H. Waitz.** Die Rhinoplastik aus dem Arme.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

W. hat bei zwei Pat., bei denen durch Lupus die Nasenflügel, die Nasenspitze und in einem Falle auch das knorpelige Septum zerstört waren, gute Resultate durch Nasenbildung aus dem Arme erzielt. Er hat den Lappen jedesmal fertig gebildet, schrumpfen lassen und durch Thiersch'sche Transplantation überhäutet, so daß bei der nach 3 resp. 2 Monaten erfolgten Überpflanzung keine Veränderung mehr eingetreten ist. In der Vorbildung des Lappens, auf die schon Tagliacozza besonderen Wert gelegt hat, liegt der Hauptvorteil dieser Methode. Der Nachteil der langen Dauer wird dadurch etwas ausgeglichen, daß während der Bildung des Lappens aus dem Arme ambulante Behandlung durchführbar ist. In dem ersten Falle hat wahrscheinlich die Einpflanzung eines Knochenstückchens nach Israel zur Vervollkommnung des Resultates beigetragen.

Die Einzelheiten der Technik, welche sich etwas von dem Küster'schen und Israel'schen Verfahren unterscheidet, gehen aus den beigefügten Krankengeschichten hervor.

Die Qualen der Fixation des Armes an das Gesicht hält Verf. für überwindlich, namentlich wenn man den Lappen von der radialen Seite nimmt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

27) **H. Haeckel.** Beitrag zur Kenntnis der symmetrischen Erkrankung der Tränen- und Mundspeicheldrüsen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Die Arbeit enthält die ausführliche Krankengeschichte eines 21jährigen jungen Menschen, bei dem sich ein Vierteljahr nach einer Quetschung der Nierengegend und Kontusion der Wirbelsäule, aber wohl ohne Zusammenhang damit, eine symmetrische Schwellung der Tränendrüsen, der Ohr- und submaxillaren Speicheldrüsen entwickelte, ohne daß im Blute Veränderungen bestanden. Unter dem Auftreten einer heftigen Enteritis gingen die Drüsenschwellungen zweimal zurück, um nach Ablauf dieser Erkrankung jedesmal neu aufzutreten. Nach der ersten Enteritis blieben aber ausgedehnte umschriebene Infiltrationen der Haut, wie sie bei Pseudoleukämie bestehen, zurück. 4 Monate nach dem Beginne des Drüsenleidens starb der Kranke, und bei der Autopsie fand sich neben der Erkrankung der beschriebenen Drüsen eine stark vergrößerte Milz, Sugillationen in verschiedenen Organen und zahlreiche Geschwüre im Dickdarme.

Die symmetrische Schwellung der Tränen- und Speicheldrüsen kommt sowohl als idiopathische Krankheit für sich vor, wie sie in einer anderen Reihe von Fällen in naher Beziehung zur Leukämie steht. Der Pat. des Verf. bot insofern Abweichungen von den übrigen bekannten Fällen dar, als sich bei ihm das Leiden mit schwerer ulceröser Enteritis vergesellschaftete, als in kurzer Zeit zweimal An- und Abschwellung der Drüsen eintrat, und als ferner eine Kombination mit pseudoleukämischen Hautinfiltraten bestand. H. schließt sich der Ansicht v. Mikulicz' an, daß die Krankheit durch einen infektiösen Prozeß bedingt sei, und glaubt, daß gerade der vorliegende Fall mehr noch als alle bisher publizierten für die Wahrscheinlichkeit dieser Theorie spreche. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

28) **D. G. Gorochow.** Behandlung der buccalen Kieferkontraktur mit Autoplastik.

(Chirurgie 1902. Dezember. [Russisch.])

Bei einem 3jährigen Knaben entstand nach einem Abszeß in der Wange eine Verwachsung derselben mit den Alveolärfortsätzen und Kieferklemme. Operation

nach Praxin: Spaltung der Wange vom Mundwinkel bis zum Vorderrande des Masseter, Trennung der Verwachsungen und Deckung der Wange von innen mit einem vom Halse entnommenen Hautlappen; Stiel oben unter dem Ohre. Nach der Operation Masern mit Pneumonie. Durch Nachoperation wurde die Öffnung für den Hautstiel geschlossen. Beim Austritt aus dem Hospitale konnten die Zähne 1,5 cm weit auseinander gebracht werden. **Gückel** (Kondal, Saratow).

29) Schulte. Isolierter Bruch des Dornfortsatzes des 3. Lendenwirbels durch Muskelzug.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 9.)

Ein Kanonier verspürte beim Turnen nach dem Aufspringen auf den Bock, wobei er sich rücklings stark überbog, sofort einen heftigen Schmerz in der Lendengegend. Nach der Aufnahme ins Lazarett stellte sich bald hohes Fieber mit Pulsbeschleunigung ein, und wurde nach 14 Tagen links neben der Lendenwirbelsäule ein Abszeß eröffnet, in welchem das 1,5 cm lange und ebenso breite vom Dornfortsatze des 3. Lendenwirbels abgebrochene Knochenstück lag. Der Verletzte ging unter den Erscheinungen der Pyämie zugrunde. Bei der Obduktion fanden sich in den verschiedensten Organen Eiterherde. Verf. ist der Ansicht, daß hier der seltene Fall von Dornfortsatzbruch durch Muskelzug vorliege, zu welchem sich eine infektiöse Osteomyelitis des Dornfortsatzes hinzugesellte.

Herhold (Altona).

30) Sargnon. Un cas de sténose cicatricielle laryngée et staphylopharyngée du tubage dans les sténoses fibreuses du larynx.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 45.)

Im Anschlusse an einen Fall von extragenitaler, durch Benutzung von Trinkgeschirr erworbener Syphilis erörtert Verf. ausführlich die Indikationen für Anwendung der Intubation bei narbigen Stenosen der oberen Luftwege. Hier lag 4 Jahre nach der Infektion eine Verwachsung von Gaumen und hinterer Rachenwand, sowie eine solche oberhalb der Stimmbänder zwischen den Aryknorpeln vor. Bei sehr engen Stenosen rät Verf., das Hindernis vor der Intubation zu inzidieren; kontraindiziert sei ihre Verwendung bei nervösen Leuten, wenn schwere Hindernisse des Rachen- und Kehlkopfeinganges vorlägen, sowie bei tiefen Trachealstenosen. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

31) C. Martin. Larynx artificiel.

(Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde 1902. September.)

In einer kurzen historischen Übersicht über die mannigfachen, von Gussenbauer bis auf Julius Wolff angestellten Versuche, einen künstlichen Kehlkopf anzufertigen, betont Verf. als Hauptmangel, daß bis jetzt der Pat. stets zum Essen und Trinken die Tonkanüle entfernen und das Rachenrohr mit dem v. Bruns'schen Verschluß verstopfen mußte. M. beschreibt einen von ihm erfundenen Apparat, der frei von diesem Mißstande sei. Wesentlich ist, daß das Eindringen fester und flüssiger Bestandteile in den Kehlkopf, sowie eine Ansammlung von Flüssigkeit in der Umgebung des Apparates vermieden wird. Das Einsetzen des verhältnismäßig umfangreichen künstlichen Kehlkopfes ist dadurch ermöglicht, daß Verf. unmittelbar nach der Operation eine in ihrer Stärke dem entfernten Kehlkopfe gleichende Prothese einsetzt, welche die Narbenkontraktur hindert; nach völliger Vernarbung erfolgt die Einsetzung des definitiven Apparates. Derselbe besteht aus einer Luftröhrenkanüle, auf der mit Hilfe eines Ringes der Sprechapparat befestigt ist; dieser hinwiederum setzt sich aus einer Resonanztrommel, einem vibrierenden Mundstück und einer Röhre für die Speiseröhre zusammen. Näheres vergleiche im Original.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).



32) **C. Springer. Echinokokkus der Pleura. (Rippenresektion, Abstoßung des Sackes in toto.)**

(Zentralblatt für Kinderheilkunde 1903. Nr. 1.)

In der chirurgischen Abteilung des K. F. J.-Kinderspitales in Prag, Prof. Dr. C. Bayer, wurde im Oktober 1901 ein 11jähriger Knabe nach 5 Jahre lang bestehender Krankheit aufgenommen, die sich in Schüttelfrost, Fieber, Schmerzen im rechten Hypochondrium äußerte, 2 Tage anhielt und etwa alle halbe Jahre wiederkehrte. Später gesellte sich zu diesen Anfällen Erbrechen hinzu, und es war eine Dämpfungszone über den letzten Rippen rechts hinten und eine Senkung der Leber vorn nachweisbar. Eine Geschwulst wurde nicht gefunden. Therapie erfolglos. Im März 1901 war im Anschluß an eine Bronchitis unter Schmerzen ein schwerer Kollaps mit Dyspnoë, Cyanose, Koma, Urticaria eingetreten. Die früher vorgewölbte Lebergegend war eingefallen, dagegen die ganze rechte Thoraxhälfte stark ausgedehnt, vollständig gedämpft.

Die Punktion, welche im Oktober 1901 im Hospital vorgenommen wurde, ergab das Vorhandensein eines Echinokokkus. Die vorgeschlagene Rippenresektion wurde verweigert, und im Laufe des Winters mußten noch 2mal Punktionen ausgeführt werden; nach einer derselben trat wieder eine heftige Urticaria ein.

Erst am 15. März 1902 wurde mit Erlaubnis der Eltern die Resektion vorgenommen, 7 Liter Flüssigkeit entleert und die Pleurahöhle locker tamponiert und drainiert. Nach der Operation Fieber und Urticaria.

8 Tage später entfernte man das Drain und tamponierte fester. 16 Tage post operationem gelang es, den Echinokokkussack im ganzen wie ein hohles Ei herauszuziehen. Darauf Heilung und Entlassung 3 Monate nach der Operation.

S. nimmt einen primären Leberechinokokkus an, der mit keinem größeren Gallengange in Verbindung stand und dadurch steril bleiben konnte. Der Durchbruch in die Pleurahöhle war im März 1901 erfolgt.

Schwere toxische Erscheinungen, die bei diesem Durchbruche, ferner bei einer Punktion und der Rippenresektion auftraten, warnen uns vor der Punktion und weisen uns hin, entweder zweizeitig zu operieren oder sofort an die Punktion die Radikaloperation anzuschließen. **A. Niché** (Breslau).

33) **C. Morton. The results of operations in 54 cases of cancer of the breast.**

(Bristol med.-chir. journ. 1902. Dezember.)

54 Operationen des Verf. wegen Brustkrebses verliefen ohne Todesfall. Von 30 vor mehr als 3 Jahren Operierten sind zur Zeit 9 rezidivfrei, darunter 2 seit 8 und 2 seit 5 Jahren. Das Rezidiv trat 2mal erst 3 Jahre nach der 1. Operation auf; dasselbe erschien in der Mehrzahl der Rezidivfälle in der Haut, dem subkutanen Gewebe über dem Pectoralis major oder in der Oberfläche des Muskels selbst, nur in einigen wenigen Fällen in den Supraklavikulardrüsen. Diese Erfahrungen weisen also auf die Notwendigkeit einer ausgiebigeren Entfernung der bedeckenden Haut und des Pectoralis hin. Bei den dauernd Geheilten war in keinem Falle die Haut und der Pectoralis miterkrankt, noch waren die Drüsen in stärkerem Maße ergriffen. In 8 von den 9 Dauerheilungen war die Geschwulst vor der Exstirpation zur Bestätigung der Diagnose inzidiert worden, ein Beweis, daß die Gefahr der Aussaat und Verimpfung von Krebszellen bei diesem Verfahren nur sehr gering ist.

Das Halsted'sche Operationsverfahren ist nach Verf. nur bei Verwachsung der Geschwulst mit dem Pectoralis angezeigt. Sämtliche Fälle werden am Schlusse der Arbeit in Tabellenform mitgeteilt. **Mohr** (Bielefeld).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König**, in Berlin, **E. Richter**, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 15. **Sonnabend, den 15. April.** **1903.**

Rechtliche Stellung des Chirurgen zu Abraham's Zeit (2250 v. Chr.).

Von

Baron Dr. **Oefele** in Bad Neuenahr.

Bei dem engen Kulturzusammenhange von Palästina und den Euphrat-Tigris-Landen hat die Keilschriftforschung sich enge der theologischen Forschung angeschlossen. Wie aber in allen theologischen Forschungen artete auch hier die Meinungsverschiedenheit

zu persönlichen Feindschaften religiös erregten Beigeschmacks aus. Die Erforschung altbabylonischer Kultur — denn diese ist es, welche durch den Gebrauch der Keilschrift charakterisiert wird — bietet aber auf allen Gebieten eine unerschöpfliche Fülle von Material. Eine Friedensaktion unter den Vertretern der Keilschriftforschung kam aus dieser Erkenntnis im September 1902 in Hamburg zustande, welche alle persönlichen Kämpfe zu beseitigen suchte.

Inzwischen hatte aber Delitzsch für die deutsche Orientgesellschaft versucht gehabt, durch seinen Vortrag Babel und Bibel neue Mitglieder zu werben und hier wieder einzig theologische Fragen der Keilschriftforschung erörtert. Inzwischen waren dann auch die Gesetze Hammurabi's gefunden und entziffert worden, welche größtenteils als 700 Jahre ältere Vorlage für die spätere mosaische Gesetzgebung erscheinen.

Am 12. Januar 1903 wurde abermals, und zwar abermals im Beisein des deutschen Kaisers, von Delitzsch die Keilschriftforschung vor einem Laienpublikum in theologischem Geiste — aber theologisch liberalstem Geiste — besprochen. Theologen, welche der Keilschriftforschung ferne stehen, und Laien sind nun in die Fortsetzung des Kampfes eingetreten, welcher unter den Fachleuten durch den Frieden von Hamburg beigelegt war. Selbst eine allerhöchste Kundgebung ist erfolgt. Im Kampf religiös erhitzter Gemüter tritt von neuem die Gefahr auf, daß in weiten Kreisen die Keilschriftforschung einzig und allein als Hilfswissenschaft der Theologie betrachtet wird. Wer wird heute noch aus einseitiger Betonung der Reformation die Entdeckung Amerikas, die Erfindung der Buchdruckerkunst oder selbst nur die Erfindung des Schießpulvers als wichtige Marksteine übersehen?

So ist auch die babylonische Kultur eine Kultur, welche, ganz abgesehen von Forschungen im alten Testament, nach allen Richtungen der Kulturgeschichte durchforscht werden sollte und auch wirklich durchforscht werden kann. Auch die altbabylonische Medizin ist ein Gebiet der Forschung wert. In London liegen über tausend medizinische Keilschriftstücke, zum Teil seit einem halben Jahrhundert. Und doch ist außer einigen kleineren, welche Verfasser in photographischer Wiedergabe publizierte, erst eine einzige große Tafel von philologischer Seite gründlich bearbeitet, während alles andere nach Inhalt unzugänglich ist. Die Gesetze Hammurabi's erregen wieder die theologischen Gemüter, so daß von der deutschen Übersetzung in einem Vierteljahre 3000 Exemplare abgesetzt wurden; aber selbst die juristische Fachliteratur hat kaum noch flüchtig Notiz davon genommen. Für die Geschichte der Chirurgie sind dieselben auch noch nicht in Betracht gezogen. So soll es denn hier versucht werden.

Mag diese Einleitung schon lang sein, so müssen doch noch einige weitere Vorbemerkungen gestattet sein. Die Grundlage der ältesten Kultur in der babylonischen Ebene ist sumerisch. Wie in der Völkerwanderung nach den romanischen Ländern, so stürmten



auch in das altbabylonische Kulturland immer neue Naturvölker ein. Aber dieses Einströmen, Unterwerfen dauerte in Babylonien Jahrtausende und erfolgte durch Völker sehr verschiedenen Ursprungs von verschiedenen Seiten. Die wichtigsten Einwanderungen gehören den semitischen Völkern an. Die älteste Schicht derselben waren die eigentlichen Babylonier und Assyrer, welche das Land mit sumerischer Kultur aber babylonischer Sprache in den ältesten bisher erschließbaren Zeiten inne hatten. Ein neuer Völkerschub der semitischen Kanaanäer unterwarf sich die babylonischen Kulturgebiete. Das späteste mächtige Reich dieses Schubes im äußersten Westen ist Carthago, das mit Rom um die Weltmacht ringt. Zwischen die Kanaanäer und die spätere Wanderung der Aramäer schiebt sich die Festsetzung des Volkes Israel in Palästina ein. Spät nach den Aramäern erfolgt dann noch die Expansion der eigentlichen Araber durch den Muhamedanismus.

Stammverwandt sind diese Völker aber alle, wie die Sprachen beweisen. Sie besitzen alle gemeinsame, ererbte Anschauungen und Gebräuche als Naturvölker, nahmen aber stets die Kultur der unterworfenen Kulturvölker an, und dies sind wiederholt gerade jene stammverwandten Völker. So ist zur Zeit Abraham's, der durch I. Mos. 14 als Zeitgenosse Hammurabi's belegt ist, eine babylonische Kulturbevölkerung vorhanden, welche von kanaanäischen Eroberern unter dem König Hammurabi mit feudaler Organisation der Eroberer beherrscht werden. Dieser König Hammurabi ordnete nun sein Feudalreich durch ein Gesetzbuch von 282 Paragraphen, das in einem Exemplar seinerzeit in Susa ausgegraben wurde und von dem noch Abschriften aus Sardanapal's Zeit in Bruchstücken erhalten sind. Es liegt somit ein Gesetzbuch vor, welches mehr als anderthalb Jahrtausende in Babylonien zu Recht bestand und, wie die vielen Parallelen in den Gesetzen Mosis beweisen, in den Grundzügen für die Rechtsanschauungen des alten Orient international war. Eine Analogie besitzen wir später im römischen Recht und dessen langwährender internationaler Geltung.

Während aber in den Gesetzen des Moses die Heilkunde oder spezieller die Chirurgie völlig ignoriert erscheint, sind im Gesetzbuch Hammurabi's besondere Gesetze für Chirurgen enthalten, so daß wir plötzlich in die rechtliche Stellung der Chirurgen vor mehr als 4000 Jahren einen hellen Einblick tun dürfen.

Freilich von direkten größeren chirurgischen Operationen zu Heilzwecken erfahren wir zunächst nichts. Daß aber schon in jenen Zeiten gewagte Eingriffe, allerdings zur Strafe als Verstümmelungen vorgenommen wurden, läßt sich auch schon aus diesen Gesetzen entnehmen. Senden wir voraus, daß die Beschneidung ein uralter Gebrauch ist, welcher in der Bibel gerade auch bei Abraham erwähnt wird, und daß die polygamen Einrichtungen des Orient auch stets die Vornahme von Kastrationen erforderte, so reihen sich hier die Amputationen der Henker an. Daß zu therapeutischen

Zwecken keine entsprechend schweren Operationen vorgenommen worden sind, beweist die weitgehende Haftpflicht des Chirurgen in § 218 des Code Hammurabi.

An Verstümmelungen durch den Henker kommt vor: 1) Stirnzeichen § 127, 2) Zerstörung des Auges § 193 u. § 196, 3) Abschneiden des Ohres § 205 und § 282, 4) Ausschlagen der Zähne § 200, 5) Ausschneiden der Zunge § 192, 6) Amputation der Brüste § 194, 7) Zerbrechen der Knochen § 197 und 8) Abhauen der Hände § 195, § 218, § 226 und § 253.

An den Bronzetoren von Balawat sind Exartikulationen der Füße in den Sprunggelenken und der Hände in den Handwurzeln bildlich dargestellt. Nach den Chroniken der assyrischen Herrscher wurden eine Menge anderer Verstümmelungen an gefangenen Feinden vorgenommen, so daß reichliche Erfahrung gesammelt werden konnte, welche Eingriffe tödlich und welche harmlos sind. So wußte man ganz genau, daß Durchbohrungen der Weichteile der Lippen oder Wangen mit dem Messer, um Stricke hindurch zu führen, ohne Einfluß für Gesundheit und Leben waren; man machte davon zur Bewältigung gefangener Feinde, deren Leben zu späteren Martern erhalten werden sollte, ausgiebigen Gebrauch. Ich habe aber schon kurz erwähnt, daß die Entwicklung der Chirurgie hiervon keinen Nutzen haben konnte.

Es wird häufig ein Stand mit der Bezeichnung [Keilschrift] azu erwähnt, was herkömmlich mit »Arzt« übersetzt wird. Wo wir aber in Texten späterer Zeit etwas von der Tätigkeit solcher azu erfahren, gehört sie in das Gebiet der kleinen Chirurgie. Nach § 206 des Code Hammurabi muß der, welcher einen anderen im Streite verwundet, die Kosten des »Arztes« bezahlen.

Außer der Heilung setzte auch dieser alte Chirurge Wunden aus therapeutischen Gründen. Als Ophthalmologe führte er den Staarstich aus und außerdem übte er die Blutentziehung. Der Name und die Gestalt des hierzu gebräuchlichen Instrumentes war von Dr. Zehnpfund und Verfasser schon vor 4—5 Jahren aus dem Siegel des altbabylonischen Chirurgen Urlugaledin erschlossen worden und ist in den Beiträgen zur Assyriologie publiziert. Dies Instrument [Keilschrift] findet sich in den Gesetzen Hammurabi's als [Keilschrift] geschrieben. Hier erfahren wir durch Zusatz auch ausdrücklich, daß dies Instrument aus Kupfer bestand. Übersetzt kann es werden mit »Skorpionpfriemen«. Die Gestalt entspricht einem geösten, nach der Spitze parabolisch gekrümmten Pfriemen: [Zeichen]. Zu Schröpfzwecken waren zwei solcher geöster Pfriemen an Schnurenden armiert und die anderen beiden Schnurenden an einem Stielende befestigt, so daß bei einiger Übung an gewünschter Stelle durch Peitschenschwung ähnlich einer federnden Kraft blutende Stiche erzeugt werden konnten. Ungeschickte Handhabung konnte Unglück

verursachen. Der § 218 setzt darum auch die Haftpflicht des Chirurgen fest. Auf dem Höchstmaße des Schadens als Todesfall stand für den Chirurgen als Höchstmaß der Strafe das Abhauen der Hände.



Siegel des Chirurgen Urlugaledin mit dem Bilde des Äztegottes Adar, einer Schröpfpeitsche und zwei Schröpfköpfen.

Anderthalb Jahrtausende später wird in der Keilschrifttafel K 191 der Chirurg als bil imti, d. h. Herr der Lanzette, bezeichnet, wobei [illegible] die Schreibung dieses späteren Operationsinstrumentes ist. Diese Bezeichnung vergleicht aber diese Lanzette mit einem spitzen Fingernagel, was einer wesentlich anderen Form als dem Skorpionpfriemen der Zeiten Abraham's entspricht.

Auch für die soziale Stellung des Chirurgen in Abraham's Zeiten erhalten wir einen Hinweis, wie schon Winckler gezeigt hat. Während nämlich der Erbauer sei es von Gebäuden, sei es von Schiffen, ein »Honorar«, modern ausgedrückt, gesetzlich zu beanspruchen hat (§ 228 und § 234), so erhält der Chirurg z. B. § 224 nur Lohn, genau wie der Töpfer, Schneider, Zimmermann, Seiler, Maurer oder selbst wie der Esel, der drischt.

Zum Schluß sei es gestattet, die auf den Chirurgen bezüglichen Gesetzesparagraphen des Code Hammurabi folgen zu lassen:

§ 215. Wenn ein Arzt einem Freien eine Schröpfwunde mit dem Skorpionenpfriemen aus Kupfer macht und ihn heilt oder wenn er einem Freien einen Staar mit dem Skorpionpfriemen aus Kupfer öffnet und das Auge bleibt erhalten, so soll er 10 Sekel Geld (circa 10 Mark) erhalten.

§ 216. Wenn es ein Freigelassener war, so erhält er 5 Sekel.

§ 217. Wenn es der Sklave eines Freien war, so soll dessen Eigentümer dem Arzt 2 Sekel geben.

§ 218. Wenn ein Arzt einem Freien eine Schröpfwunde mit dem Skorpionpfriemen aus Kupfer macht und ihn tötet oder den Staar einem Freien mit dem Skorpionpfriemen aus Kupfer öffnet und das Auge wird zerstört, seine Hände soll man ihm abhauen.

§ 219. Wenn ein Arzt einem Sklaven oder einem Freigelassenen mit dem Skorpionpfriemen aus Kupfer eine Schröpfwunde macht und ihn tötet, soll er einen Sklaven für den Sklaven ersetzen.

§ 220. Wenn er ihm seinen Staar mit dem Skorpionpfriemen aus Kupfer geöffnet hat und das Auge zerstört wurde, so soll er seinen halben Preis bezahlen.

§ 221. Wenn ein Arzt den zerbrochenen Knochen eines Freien heilt oder wunde Weichteile heilt, so soll der Kranke dem Arzte 5 Sekel Geld geben.

§ 222. Wenn es ein Freigelassener war, soll er 3 Sekel geben.

§ 223. Wenn es ein Sklave war, so soll dessen Eigentümer dem Arzte 2 Sekel geben.

§ 224. Wenn der Arzt der Rinder oder Esel einem Rinde oder Esel eine Schröpfwunde macht und das Tier heilt, so soll der Herr des Rindes oder Esels $^1/_6$ Sekel dem Arzt als Lohn geben.

§ 225. Wenn er dem Rinde oder Esel eine Schröpfwunde macht und es tötet, so soll er ein Viertel seines Preises dem Eigentümer geben.

Auffallen muß hierbei die weitgehende Haftpflicht für den Erfolg. Dazu ist aber zu bedenken, daß der alte Babylonier glaubte, daß man alles Glück und Unglück aus den Sternen lesen könne. Bei genügender Achtsamkeit konnten unglückliche Tage vermieden werden, und dann war ein ungünstiger Erfolg ausgeschlossen. Die allgemeinsten Unglückstage führte schon der altbabylonische Kalender auf, so daß im Schaltelul am 7., 14., 19., 21. und 28. Tage der Chirurg seine Hand nicht an den Pat. legen durfte. Ungünstiger Erfolg einer Operation war also entweder Ungeschicklichkeit oder ungenügender Beachtung astrologischer Einflüsse zuzuschreiben, und in beiden Fällen war in altbabylonischem Geiste mit Recht der Chirurg verantwortlich.

---

1) **Leyden** und **Klemperer.** Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. Lieferung 43—64.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1902.

Ohne Unterbrechung folgen Lieferung auf Lieferung des interessanten Werkes, das ja rein chirurgische Aufsätze nur in geringer Zahl bringt; aber überall tritt die Erscheinung hervor, wie in unserer Zeit eine Isolierung des Spezialistentums ein Ding der Unmöglichkeit ist, daß vielmehr in Pathologie, Diagnose und Therapie nur ein energisches Zusammenarbeiten aller Ärzte ihrer Wissenschaft und Kunst jene gewaltige Entwicklung weiterhin gewähren kann, die sie in den letzten Jahrzehnten rühmlich ausgezeichnet und ihre Leistungsfähigkeit so ungemein gefördert hat. Darum sei »Die deutsche Klinik« auch den Chirurgen auf das beste empfohlen.

Richter (Breslau).



2) **Kolle** und **Wassermann.** Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Liefg. 8, Atlas-Liefg. 4—6.

Jena, **Gustav Fischer,** 1902.

Der größte Teil der vorliegenden Lieferung des Textes wird von einer von Escherisch und Pfaundler gegebenen Darstellung des Bacterium coli commune eingenommen.

Am Ende dieser Darstellung erhalten wir ein sehr genaues Verzeichnis der einschlägigen Literatur.

Am Schluß der Lieferung beginnt eine Beschreibung des Pestbazillus, von Dieudonné verfaßt.

Die Lieferungen des Atlas, der jetzt vollständig vorliegt, enthalten u. a. Darstellungen von besonders für die allgemeine Praxis wichtigen Formen, wie des Tuberkelbazillus, von Choleravibrionen, Pneumoniekokken, Streptokokken, Staphylokokken, Gonokokken, Typhus etc.

Der ganze Atlas bildet mit seinen reichhaltigen und wohlgelungenen Darstellungen eine schätzenswerte Ergänzung des Textes.

Silberberg (Breslau).

---

3) **Ehrlich, Krause, Mosse, Rosin, Weigert.** Encyklopädie der mikroskopischen Technik mit besonderer Berücksichtigung der Färbelehre. 2. und 3. Abteilung.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1903.

Das Werk liegt nunmehr in seiner Gesamtheit vor und zeigt uns erst jetzt in vollstem Lichte, welcher Mangel in der Literatur über mikroskopische Technik bisher bestanden und welchen neuen literarischen Schatz wir in dem Werk bekommen haben. Die höchst bedeutungsvollen Unterschiede desselben von allen früheren auf dem betreffenden Gebiete erschienenen Büchern sind bereits in dem Referat über die erste Abteilung (Zentralbl. für Chirurgie 1902 Nr. 51) hervorgehoben worden. Betont sei hier nur nochmals der große Wert einer ausführlichen Darstellung der chemischen Genese der verschiedenen Färbungen. Gerade hierdurch werden wir ja einzig und allein in die Lage versetzt, uns von einer rein mechanischen Arbeit loszumachen und uns in den Gegenstand zu vertiefen. Hierzu kommt noch die außerordentlich klare und sachliche zusammenfassende Darstellung gewisser in sich abgeschlossener Gebiete, wie z. B. die Darstellung über Fixierungs- und Einbettungsmethoden, über spezielle Behandlung spezieller Systeme, über Mikrophotographie und vieler anderer mehr, sowie die ausführliche Wiedergabe der einschlägigen Literatur. Einzelheiten hervorzuheben, dürfte zwecklos sein. Alles in allem können wir wohl annehmen, daß jeder sich mit Mikrotechnik Beschäftigende, der sich einmal in das Buch eingearbeitet und seinen Wert zu schätzen gelernt hat, nie wieder von demselben wird Abstand nehmen wollen. **Silberberg** (Breslau).

---

4) **König.** Operation ohne direkten Gebrauch der Finger.
(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 1.)

Verf., der schon vor Jahren den sicher aseptischen Verlauf der ohne Anwendung der Finger gemachten Operationen bestätigen konnte, hebt nochmals die Vorteile hervor, die ein Operieren, ohne die Wunde mit den Fingern zu berühren, bringt. Die Zahl der Operationen, bei welchen das möglich ist, hat sich bedeutend vermehrt. Es bedarf freilich das Instrumentarium einiger Modifikationen: Die Stiele der Instrumente müssen länger sein, die Zahl und die Gestaltung der Haken eine größere. Zum Vorziehen tiefer liegender Teile benutzt man zweckmäßig lange Hakenzangen, insonderheit solche nach Art der amerikanischen Kugelzangen. Durch langgestielte Klemmen mit Pinzetten kann die Schwierigkeit der Unterbindung umgangen werden, eine Umstechungsnaht oft den Vorzug vor einer Ligatur verdienen.

Einer besonderen Technik bedarf es nicht, in erster Linie des Vorsatzes und des Darandenkens, die Wunde nicht mit den Fingern zu berühren. Erscheint ein Zurückhalten von Weichteilen mit den Händen zweckmäßig, muß die Wunde mit Kompressen geschützt und vor direkter Berührung mit der Hand bewahrt werden.

Nicht nur einige vorgestellte Fälle, über die kurz berichtet wird, sondern auch die Mitteilung, daß etwa 100 in letzter Zeit vom Verf. ausgeführte Knochen- und Gelenkoperationen ohne die leiseste Störung zur Heilung gekommen sind, illustriert die Zweckmäßigkeit der Methode. **Langemak** (Rostock).

---

5) **Engelmann.** Einiges über die sog. »physiologische Kochsalzlösung«.
(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 4.)

Verf. weist nach, daß nicht die 0,6%ige, sondern nur die 0,9%ige Kochsalzlösung als die mit dem menschlichen Blutserum isotonische und die für den menschlichen Organismus am meisten indifferente Salzlösung anzusehen ist. **Borchard** (Posen).

---

6) **Papon.** Contribution au traitement des abcès froids par les injections modificatrices d'eau oxygène.
(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1903. Nr. 2.)

Verf. behandelt kalte Abszesse, welche er als eine ins Stadium der Erweichung eingetretene lokale Tuberkulose bezeichnet, mit Punktion und nachfolgender Injektion von Wasserstoffsuperoxyd. Er zieht diese Art der Behandlung der Inzision mit Ausschaben und Entfernen der erkrankt befundenen Teile vor. Die zur Injektion benutzte Flüssigkeit setzt sich zusammen aus 25 ccm eines 20 Volum Wasserstoffsuperoxyd enhaltenen Wassers und 75 ccm eines im Verhältnis von 1:10 gelösten phosphorsauren Natrons. Der Abszeß wird mit dem Trokar punktiert und nach Abfluß des Eiters vermittels

steriler Spritze eine kleine Menge der genannten Lösung injiziert, wobei es leicht infolge der Sauerstoffentwicklung zu einer erhöhten Spannung in der Abszeßhöhle kommen kann, wenn man zu viel injiziert. Bei kleineren Abszessen sollen 1—2 Injektionen, die in Zwischenräumen gemacht werden, genügen, bei größeren Abszessen werden mehrfache (5—6) Injektionen und Punktionen notwendig. In 7 von ihm beobachteten Fällen von kaltem Abszeß, in welchen der bakteriologische Beweis der Tuberkulose nur zweimal erbracht werden konnte, hat P. bis auf einen Fall verhältnismäßig schnelle Heilung erzielt. Die Vorzüge, welche das Wasserstoffsuperoxyd vor anderen Mitteln — z. B. Jodoformäther oder Kampfernaphthol — hat, sind nach ihm folgende: 1) Die Injektion ist absolut schmerzlos; 2) die Lösung ist gänzlich ungiftig; 3) das Mittel dringt weiter nach dem Ursprungsorte des Abszesses hinauf; 4) es ist geruchlos und nicht feuergefährlich.

Die Arbeit des Verf. fordert zu weiteren Versuchen mit dem von ihm empfohlenen Mittel auf. **Herhold** (Altona).

---

7) **F. Dévé.** Des greffes hydatiques postopératoires (pathogénie et prophylaxie).

(Revue de chir. XXII. Jahrg. Nr. 10.)

Verf. bekämpft in seiner experimentellen Studie die in Frankreich noch nicht völlig aufgegebene Lehre Davaine's, wonach nur die Echinokokkenembryonen neue Blasen erzeugen könnten, indem er ähnliche Versuchsreihen anstellte wie Alexinsky. Sein Ziel sollte vor allem auch die Ausbildung einer prophylaktischen Methode zur Verhütung der Impfrezidive sein.

Die künstliche Übertragung der Blasenwurmkrankheit gelingt sowohl durch intrathorakale wie intraperitoneale Einverleibung, sei es der Tochterbläschen, sei es der Skolices, die sich als mikroskopisches Sediment in der klaren Flüssigkeit der Blasen finden.

Die Möglichkeit der Impfrezidive ist nicht allein beim Platzen der Mutterblasen während der Operation gegeben, wo sich sowohl miliare Tochterbläschen als Skolices in allen Buchten und Falten der Wundhöhle — von Blutgerinnseln eingeschlossen — verbergen können, sondern auch bei Probepunktionen, wo oft genug Flüssigkeit aus der Stichöffnung nachsickert (noch 3 Tage — Bertram). Es ist demnach fast wunderbar, daß nicht öfter Rezidive zustande kommen! Man hat es der Vereiterung des Sackes nach seiner Einnähung in die Wunde, hat es dem Gallenfluß und der Anwendung antiseptischer Mittel zu gute geschrieben — und doch gibt es Belege gegen jede dieser Annahmen.

Immerhin nahm D. die Untersuchungen über den Wert chemisch abtötender Mittel wieder auf und benutzte Sublimat 1 : 1000 und Formol 5 : 1000 zur Unschädlichmachung der Tochterbläschen bezw. Skolices. Nach 2—3 Minuten langem Verweilen in diesen Lösungen

wurden die Keime Kaninchen einverleibt — stets mit negativem Erfolg, während Kontrollimpfungen mit in Blasenflüssigkeit konservierten Keimen ebenso sicher angingen.

Demnach empfiehlt D. für die Fälle, wo eine einheitliche Blase mit klarem Inhalt ohne Tochterblasen besteht, die Entleerung mittels Potain und Nachfüllung mit Formalinlösung 5 : 1000, ohne daß der Trokar gerückt oder bewegt wird. Die Blasenhaut legt sich um denselben fest an und sinkt zusammen, löst sich dabei von der Adventitia ab. Diese wird vorsichtig inzidiert und die kollabierte Blase mit den Fingern vorsichtig herausgezogen. Bei komplexen Blasen mit zähflüssigem Inhalt und teilweiser Verkalkung der Wände ist das Verfahren nicht anwendbar. **Christel** (Metz).

---

8) **B. Riedel.** Die Pathogenese, Diagnose und Behandlung des Gallensteinleidens.

Jena, **Gustav Fischer,** 1903. 145 S. 27 Abb.

Das Werk ist ein erweiterter Abdruck aus dem Penzoldt und Stintzing'schen Handbuch, erweitert insofern, als die ganze zweite Hälfte der Arbeit von der Darstellung der operativen Technik der Gallensteine und der Nachbehandlung nach der Operation eingenommen wird; auch die pathologische Anatomie, jedoch nur die der Anfangsstadien, ist genauer behandelt. Die Arbeit ist dementsprechend, wie R. im Vorworte betont, besonders für den Dirigenten kleinerer Hospitäler bestimmt, der Gallensteine operieren will, ohne viel auf diesem Gebiete gesehen zu haben. Bei der Darstellung der Pathogenese werden die bekannten Anschauungen R.'s über erfolglose und erfolgreiche Anfälle entwickelt; die Ausführungen basieren auch sonst im wesentlichen auf den eigenen Erfahrungen und Ansichten R.'s. Zahlreiche eigene, besonders charakteristische Krankengeschichten mit einer schematischen Skizze des betreffenden pathologisch-anatomischen Befundes sind eingefügt. R. schließt mit der Forderung, daß operiert werden muß, bevor die Pat. in Gefahr kommen. »Die Gallensteinoperation muß denselben Verlauf nehmen, als die Operation der Hernia incarcerata und der Appendicitis.« »Alle Widerstände, die sich der raschen Ausführung dieser Operationen entgegensetzten, sind allmählich beseitigt worden; so wird es und so muß es auch mit der Gallensteinoperation kommen.«

Mohr (Bielefeld).

---

9) **D. Steele.** Experimental evidence of biliary obstruction in floating liver.

(University of Pennsylvania med. bull. 1903. Nr. 11.)

In 44 Fällen von totaler Hepatoptose waren 37mal Erscheinungen von Gallensteinkolik vorhanden, während nur 10mal Gallensteine bei der Operation oder Autopsie tatsächlich gefunden wurden. $^1/_3$ der

Pat. litten gleichzeitig an Ikterus ohne Gallensteine. Die Hepatopexie oder andere mechanische Maßregeln führten immer zur Besserung oder Heilung. Um festzustellen, ob die genannten Symptome durch Verlegung der großen Gallengänge infolge der Leberverlagerung zustande kommen, unternahm Verf. einige Experimente an menschlichen Leichen (Durchschneidung der verschiedenen Haltebänder, Druckbestimmungen beim Durchspülen von Flüssigkeiten durch die großen Gallenwege). Hiernach verläßt gewöhnlich nur der Teil der Leber, welcher durch das Lig. suspensorium gehalten wird, seine normale Lage, während der hintere Rand durch die Vena cava inferior und die Koronarbänder fast immer festgehalten wird. Je mehr die Leber sich senkt, um so eher kann eine Verlegung der Gallengänge eintreten, und zwar nicht infolge von Druck seitens der verlagerten Leber, sondern durch Knickung oder Torsion der Gallengänge. Die Verlegungsstelle liegt wahrscheinlich im Cysticus oder Ursprung des Choledochus, indem es infolge der Verlagerung zu stärkerer Winkelbildung zwischen Gallenblase, Cysticus und Choledochus kommt (3 Abbildungen). S. stellt zum Schluß 13 Krankengeschichten von Hepatoptose mit Ikterus und ohne Gallensteine aus der Literatur zusammen; 10 Fälle wurden mit Hepatopexie behandelt, 8mal mit vollem Erfolge.

Mohr (Bielefeld).

---

10) **R. B. Greenough.** The surgical treatment of cirrhosis of the liver, with a summary of reported cases.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. Dezember.)

Eine Statistik über alle bis zum Mai 1902 vorliegenden Fälle von Talma'scher Operation wegen Laënnec'scher, syphilitischer und nach Malaria enstandener Lebercirrhose mit Ascites; ausgeschieden sind alle Fälle, in welchen die Operation wegen anderer Leberleiden vorgenommen wurde, besonders auch die Cholecystostomien wegen biliärer Cirrhose.

Nach einleitenden Bemerkungen über die Theorien bezüglich der Ätiologie, über klinische und pathologisch-anatomische Merkmale stellt G. nach Weglassung nicht einwandsfreier Mitteilungen 105 Fälle zusammen, in welchen die Talma'sche Operation oder deren Modifikationen ausgeführt wurden. Von diesen wiesen 42% eine Besserung auf, bei 58% war der Eingriff ganz erfolglos. Die Sterblichkeit innerhalb 30 Tagen betrug 29,5%, nach 2 Jahren waren nur 9 Fälle noch gesund, welche jedoch keine wesentlichen Unterschiede gegenüber allen anderen zeigen.

In Fällen von vergrößerter Leber ist die Sterblichkeit geringer, die Aussicht auf Heilung größer, wie bei atrophischer Leber; ferner begünstigen Verwachsungen die Operation. Ödeme der unteren Extremitäten haben keine prognostische Bedeutung, wohl aber das Allgemeinbefinden und die Masse des noch funktionsfähigen Leber-

gewebes. Die Hauptgefahr liegt in dem Schwächezustand der Pat., nicht in dem Eingriff selbst.

Zweck der Operation ist vor allem die Beseitigung des Ascites und anderer Stauungserscheinungen. Vernähungen des Netzes zwischen die Schichten der Bauchdecken sind wirksamer, wie bloße Skarifikationen und Verlötungen des Bauchfells. Drainage der Bauchhöhle nach der Operation war fast stets von Peritonitis gefolgt und ist unter allen Umständen zu vermeiden; event. ist nach dem Eingriff noch einmal zu punktieren.

Kontraindiziert ist die Talma'sche Operation bei Ascites durch andere Leberleiden, bei vermutlich schon weit vorgeschrittener Atrophie des Organs, bei Nieren- und Herzerkrankung.

Am Schluß der Abhandlung eine tabellarische Übersicht über 122 diesen Gegenstand betreffende Arbeiten. **Bender** (Leipzig).

---

11) **Fuchs.** Cholethiasis und Pankreaserkrankungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 46.)

Im Anschluß an eine Beobachtung, nach der sich im Verlauf eines Choledochusverschlusses durch einen Gallenstein ein Abszeß im Pankreas bildete — der Fall wurde von Körte mit Erfolg operiert —, geht Verf. auf den Zusammenhang zwischen Cholelithiasis und Pankreaserkrankungen genauer ein. Als die häufigste Ursache der hämorrhagischen, eitrigen Pankreatitis und der Pankreasnekrose findet F. die Cholelithiasis. Ebenso kommt im Verlauf der Cholelithiasis die interstitielle sekundäre Pankreatitis viel häufiger vor, als bisher angenommen wurde. Dasselbe gilt von einem Teil der Pankreascysten, die im Gefolge der chronischen Pankreatitis entstehen. Ferner hat F. 10 Fälle von Cholelithiasis zusammenstellen können, die sich mit Lithiasis pancreatica kombinierten.

Borchard (Posen).

---

12) **L. G. Spasski.** Das Uresin (Citronsäure-Urotropin-Dilithionsalz) als Lösmittel der Harnsäureverbindungen.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 47.)

Verf. vergleicht das von ihm hergestellte Uresin mit Sidonal, Contrexéville und Salvator bezüglich seiner harnsäurelösenden Eigenschaft und kommt auf Grund der angeführten Tabelle (7 Tage lang dauernde Versuche) zum Schlusse, daß das Uresin den genannten Mitteln weit überlegen ist. Die sich bei Gebrauch des Uresins abspielenden chemischen Prozesse sollen noch näher untersucht werden.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

13) **D. Eremia** und **C. Andreescu.** Einige Fälle von Prostatektomie auf perinealem und transvesikalem Wege.

(Spitalul 1902. Nr. 23 u. 24.)

Der Aufsatz enthält die Beschreibung der Operationsmethode von Herescu und die Krankengeschichten von 9 nach derselben

operierten Fällen. Handelt es sich um hartnäckige Harnretentionen, die durch eine Vergrößerung der Vorsteherdrüse bewirkt werden, so wird vor allem eine medizinische und Sondenbehandlung eingeleitet. Nur wenn dieselbe versagt, wird zum blutigen Eingriff geschritten. Bei bestehender Hypertrophie der Seitenlappen wird der perineale Schnitt gewählt, während für die übrigen der hypogastrische Weg vorzuziehen ist. Wo es angeht, wird die Drüse aus ihrer Kapsel herausgeschält, also subkortikal enukleiert, wo nicht, muß die Totalexstirpation vorgenommen werden. Verletzungen der Harnröhre kommen mitunter vor, doch sind dieselben durch Katgutnähte wieder gut zu machen. Nach der Operation wird Verweilsonde eingelegt, respektive bei hypogastrischem Schnitte ein Drainschlauch.

E. Toff (Braila).

---

14) **A. J. Boufleur** (Chicago). Transvesical cauterization as a substitute for the Bottini operation in the treatment of some forms of prostatic hypertrophy.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

Verf. hat sich der Mühe unterzogen, alle in der Literatur veröffentlichten Mißerfolge bezw. Unglücksfälle bei der Ausführung der Bottini'schen Operation zu sammeln und kommt zu dem Schlusse, daß die Bottini'sche Operation ein ganz unchirurgischer Eingriff ist, weil man notgedrungen im dunkeln, d. h. ohne Kontrolle der Augen operieren muß, ein Nachteil, der schon allein allerhand Gefahren bedingt.

Als Hauptnachteile bei der Anwendung des Bottini'schen Verfahrens nennt B.:

1) Die Unsicherheit der Diagnose. Daß die digitale Untersuchung keine sichere Diagnose gestattet, ist bekannt, aber auch die Untersuchung mit dem Cystoskop gibt nicht immer genügenden Aufschluß, schon weil durch die bloße Einführung des Instrumentes die lokalen Verhältnisse verändert werden. 2) Unsicherheit in der exakten Applikation der Spitze des Instrumentes, die auch durch die Kontrolle des in den Mastdarm eingeführten Fingers nicht genügend gewährleistet wird. 3) Mithin Ungewißheit, welche Gewebe in den Bereich des Instrumentes fallen. 4) Unsicherheit hinsichtlich der Länge des gemachten Einschnittes. 5) Mangelhafte Kontrolle des angewandten Hitzegrades. 6) Unmöglichkeit festzustellen, ob der gewünschte Grad der Gewebsszerstörung erreicht resp. nicht erreicht oder gar überschritten ist. 7) Die Gefahr, daß die Klinge sich verbiegt und nur mit Verletzung der ganzen Harnröhre wieder herausgezogen werden kann. 8) Machtlosigkeit gegen eintretende Blutungen. 9) Unmöglichkeit der Anwendung des Verfahrens bei gestielten Prostatalappen. 10) Unmöglichkeit der Anwendung bei Strikturen oder narbigen Verziehungen der Harnröhre. 11) Unmöglichkeit,

andere gleichzeitige Erkrankungen in derselben Sitzung zu behandeln (Steine, Ulcerationen, Papillome).

Den Vorzug gibt B. der transvesikalen Kauterisation nach Ausführung der Cystotomia suprapubica. In erster Linie führt er zu ihren Gunsten an, daß dabei alles unter Kontrolle der Augen ausgeführt werden kann, daß man also in chirurgischem Sinne korrekter verfährt. Dazu kommt, daß man kein so kompliziertes Instrument, sondern je nach Belieben den Galvanokauter oder den Paquelin anwenden kann. Als weitere Vorteile gegenüber der Bottini'schen Operation nennt B:

1) Möglichkeit einer genauen Orientierung über die pathologischen Verhältnisse. 2) Die Applikation der Inzisionen kann genau lokalisiert, 3) Länge und Tiefe der Inzisionen kann genau nach Maßgabe der Verhältnisse gemacht, 4) der Hitzegrad besser kontrolliert werden. 5) Die Gefahr, welche die Verbiegung der Inzision bei der Bottini'schen Operation in sich schließt, fällt fort. 6) Möglichkeit, eine etwaige Blutung sofort zu stillen, 7) Möglichkeit, auch einen gestielten Lappen sofort zu entfernen, ebenso einen Stein u. dgl. 8) Der Operateur ist unabhängig von etwaiger Unwegsamkeit der Harnröhre. 9) Infektionen, Phlegmonen, Sepsis kommen weniger leicht vor.

Verf. gibt zu, daß in Fällen, wo eine allgemeine Narkose nicht angängig scheint, der Bottini'schen Operation der Vorzug gebührt.

Seefisch (Berlin).

---

15) **O. Zuckerkandl.** Über die sogenannte Cystitis cystica und über einen Fall von cystischem Papillom der Harnblase.

(Monatsberichte für Urologie (Casper u. Lohnstein) Bd. VII. Hft. 9.)

Die Arbeit ist besonders für den Cystoskopiker von großer Wichtigkeit, da sie die Aufmerksamkeit wieder einmal auf verhältnismäßig wenig bekannte epitheliale Sprossungsvorgänge der Blasenschleimhaut lenkt, die sich bei genauerem Literaturstudium als gar nicht selten herausstellen und die leicht zu folgenschweren diagnostischen Irrtümern bei der Cystoskopie führen können. Als Resultate dieser Proliferationsvorgänge findet man kleine cystische oder solide papilläre Exkreszenzen am häufigsten am Sphincter int. urethrae, dann auch auf dem Trigonum, an den Ureterenmündungen sowohl unter physiologischen Verhältnissen, als besonders bei bestehender oder abgelaufener Cystitis, bei paravesikalen Entzündungsprozessen und in der Nachbarschaft von wirklichen Blasengeschwülsten.

Willi Hirt (Breslau).

---

16) **F. Guyon.** Die Technik der Lithotripsie. Übersetzt und bearbeitet von Dr. G. Berg (Frankfurt a/M.).

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1903. 36 S. 23 Abb.

»Die Technik der Lithotripsie vollendet das stolze Lehrgebäude der Erkrankungen der Harnorgane, welches G. auf dem Gebiete

der Chirurgie errichtet hat. Finis coronat opus. Nicht allein deshalb, weil dies letzte Werk auf den umfangreichen Grundmauern der beiden voraufgegangenen aufgebaut ist, »Die Affektionen der Blase und Prostata« und »Die Klinik der Harnorgane« und in deren vornehmsten Lehren gipfelt, sondern auch weil die Weltmeisterschaft G.'s in der Lithotripsie so allgewaltig ist, daß seine Publikationen auf diesem Gebiete ganz besondere Geltung beanspruchen dürfen.«

Diesen einleitenden Worten des Übersetzers kann man nur völlig beistimmen. Es kann hier nur auf dieses Werk aufmerksam gemacht werden, ist es schon schwierig die Technik der Lithotripsie zu beschreiben, so ist Zusammenfassung im Referat unmöglich. Die einzelnen Kapitel lauten: Die Vorbereitungen zur Lithotripsie. Die Ausführung der Lithotripsie. Die Evakuation. Schwierigkeiten der Lithotripsie. Schwierigkeiten der Evakuation. Die Darstellung der Lithotripsie in Abbildungen. Auffallend für uns Deutsche ist nur die völlige Außerachtlassung der cystoskopischen Nachuntersuchung. G. führt die Kontrolle nur vermittels des Lithotriptors und Aspirators aus und richtet die Aufmerksamkeit der Operateure auf die Notwendigkeit, »diese Revisionen bis zum äußersten« fortzusetzen. In G.'s Meisterhand mag diese Kontrolle ohne Schädigung des Pat. durchaus befriedigende Resultate erzielen, im allgemeinen aber dürfte die cystoskopische Nachuntersuchung, wie sie Nitze seit Jahren nach jeder Sitzung ausübt, das schonendere und wirkungsvollere Verfahren sein.

Willi Hirt (Breslau).

---

17) Mlle. **Rosenthal.** Traitement du rein mobile par le massage. Rapport par Richelot.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 481.)

Durch Massage der beweglichen Niere, besonders Gymnastik der Bauchmuskulatur, Anwendung Prießnitz'scher Umschläge während der Nacht erzielte R. in zahlreichen Fällen nicht nur Milderung der Beschwerden, sondern auch wirkliche Heilungen. Die Behandlungsdauer schwankt von 20 bis höchstens 45 Sitzungen. Die ersten zwei oder drei Sitzungen sind schmerzhaft und dauern 5 bis 6 Minuten, später 10 Minuten. Die Empfindlichkeit läßt sehr bald nach; alle Beschwerden mindern sich rasch. Die Methode zeitigte Erfolge in Fällen, in denen die Renopexie versagt hatte. Rezidive kommen freilich vor, sind aber in der gleichen Weise mit Erfolg zu behandeln. Die Ursache dieser Erfolge sieht R. und mit ihr Richelot, der sich für die Richtigkeit der mitgeteilten Tatsachen verbürgt, in der Beseitigung von Kongestionszuständen der Niere.

Reichel (Chemnitz).



18) **Bazy.** Sur quelques symptômes et signes, et en particulier du reflexe pyélo-vésical et urétéro-vésical, comme moynse de diagnostic des lésions suppuratives du rein.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 410.)

Zur Erleichterung der Diagnose, ob in Fällen entzündlicher Erkrankungen der Harnorgane nur eine Cystitis oder nur eine Pyelonephritis vorliege, oder Blase und Nierenbecken erkrankt seien, macht B. auf einige Zeichen aufmerksam, die sich ihm als diagnostisch äußerst wertvoll erwiesen haben. Das eine ist der pyelovesikale Reflex: Drückt man bei der bimanuellen Tastung der Nieren die vordere Bauchwand ca. 2—3 cm nach außen von der Mittellinie ein, so erzeugt man manchmal einen Schmerz, der nach dem Epigastrium oder selbst der Brust der entgegengesetzten Seite ausstrahlt. Diese Irradiation hat keine Bedeutung. Zuweilen aber erzeugt man einen Schmerz, der nach der Blase zu ausstrahlt und das Bedürfnis Urin zu lassen erregt. Eine solche Irradiation spricht für Mitbeteiligung des Nierenbeckens. Sie ist selten. Sehr häufig hingegen und namentlich bei der Frau leicht nachzuweisen ist der Harnleiter-Blasenreflex: Druck auf einen bestimmten Punkt der unteren Wand der Harnblase von der Scheide aus erzeugt Schmerz und Urindrang. Dieser Punkt entspricht der Mündung des Harnleiters in die Blase. Ist nur eine Niere erkrankt, so konstatiert man diesen Druckschmerz nur auf der erkrankten Seite, sind beide Nieren krank, so ist er doppelseitig. Besteht gleichzeitig keine Cystitis, so ist nur dieser Punkt nicht der Blasenhals, umgekehrt bei Cystitis ohne Pyelitis nur der Blasenhals druckempfindlich. Beim Mann ist dieser Reflex schwerer nachzuweisen; wo sein Nachweis aber gelingt, ist er beweisend.

Zur Erkennung, ob Eiter im Urin aus der Blase oder der Niere stammt, empfiehlt B. das Bouchard'sche Symptom:

Man gießt in ein Reagensglas eine gewisse Menge des zu prüfenden Urins und fügt tropfenweise Fehling'sche Lösung zu bis er blaßblau oder grünlich ist. Darauf schüttelt man das Glas. Stammt der Eiter aus der Blase, so sieht man nichts Besonderes; stammt er aus der Niere, so beobachtet man in der Flüssigkeit feine Gasbläschen. Erhitzt man nun den Urin, so fällt bei vesikalem Ursprung des Eiters das Gerinnsel zu Boden, bei renaler Herkunft steigt es wegen des Einschlusses von Gasbläschen nach aufwärts.

Reichel (Chemnitz).

---

19) **Katzenstein.** Eine neue Operation zur Heilung der Ectopia testis congenita.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 52.)

Die Hahn'sche Operationsmethode wird in der Weise modifiziert, daß der Hoden, nachdem er durch das Loch in der Skrotalhaut hindurchgezogen ist, an dem Oberschenkel durch einen aus demselben

genommenen kurzen Lappen, dessen Stiel nach unten sieht, befestigt wird. Hierdurch wird gleichzeitig eine neue Ernährungsquelle für den Hoden gegeben, ebenso eine plastische Vergrößerung des Hodensakes erzielt. Das Resultat war in dem mitgeteilten Falle gut.

Borchard (Posen).

---

20) **W. Bogoljubow.** Zur Frage von der Anastomosenbildung an den Samengängen bei Resektion der Epididymis.

(Russ. chir. Archiv 1902. Hft. 6.)

Experimente an einem Pferde, 5 Schafen und 4 Hunden, im ganzen 20 Operationen. Es wurden zwei Methoden versucht: 1) Totale Resektion der Epididymis und Einnähung des Vas deferens in den Hoden; 2) Resektion der unteren Hälfte der Epididymis und Einnähung des Samenleiters in die obere Hälfte. 2 Fälle vereiterten; in den übrigen 18 wurde später durch das Vas deferens eine gefärbte Masse in die Hodenkanälchen injiziert, die Anastomose und Hoden und Epididymis untersucht. Resultate: Von 8 Operationen des ersten Typus gab eine einen sehr guten Erfolg, von 10 Operationen nach Typus 2 war der Erfolg in 4 Fällen gut. Nicht ganz so gut (gleichzeitig mit der Färbung der Kanälchen auch diffuse Färbung des Gewebes oder Kanälchen unvollständig gefärbt) waren die Ausgänge in einem Falle von Typus 1 und in 3 von Typus 2. Gewöhnlich bildete sich ein Hohlraum, in den einerseits das Vas deferens, andererseits die Hodenkanälchen einmündeten. Besondere destruktive Veränderungen im Gewebe des Hodens und Nebenhodens wurden nicht beobachtet.

Die Operation wurde auch an 7 Kranken mit Nebenhodentuberkulose ausgeführt und sollen die Resultate bald veröffentlicht werden.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

21) **A. H. Ferguson.** Anterior transplantation of the round ligaments for displacements of the uterus.

(New York. med. journ. 1903. Januar 17.)

Verf. berichtet über ein Verfahren zur Korrektur von Uterusverlagerungen, das er seit 1896 verwendet und ausgearbeitet hat. Es ist zwar nicht ganz originell und wird wohl auch kaum die gegenwärtig häufig ausgeführte Alexander-Adams'sche Operation verdrängen können, bietet aber doch so vielfache Vorteile, daß die Anwendung empfohlen werden kann.

Verf. machte einen kleinen Medianschnitt von 3 Zoll Länge, sucht den Uterus auf und macht zur Ausschaltung von Hohlräumen und Verhütung von Inkarzerationen fortlaufende Nähte von den Abgängen der Ligamente am Uterushorn zum Peritoneum parietale; dann wird beiderseits der Rectus durchstochen; nun werden durch diese Wunden die Ligamenta rotunda vorgezogen und über der äußeren Rektusscheide geknüpft. Sodann Schluß der Bauchhöhle.

Verf. hat die Operation in über 200 Fällen mit Erfolg gemacht; als besondere Vorzüge rühmt er die leichte Ausführbarkeit, das Freibleiben des Uterus in der Bauchhöhle und Ausbleiben irgend welcher Störungen bei den normalen Funktionen desselben, insbesondere bei Schwangerschaft. Drei sehr anschauliche Bilder ergänzen die Ausführung. **Scheuer** (Berlin).

22) **J. H. Burtenshaw.** The repair of lacerations of the pelvic floor.

(New York med. journ. 1903. Januar 10.)

Nach einer eingehenden Würdigung der anatomischen und physiologischen Bedeutung des Beckenbodens wendet sich Verf. gegen die gegenwärtigen Operationsmethoden zur Wiederherstellung der normalen Beckenbodenverhältnisse. Wenn er auch nicht verkennt, daß die Operation nach Hegar, die den ungefähren Typus der Operation darstellt, oft gute Resultate gibt, so muß er doch ihre physiologische Berechtigung absprechen. Nach dem Analogon der Bauchnaht, wo man heute allgemein die genaueste Adaptierung der Fascien- und Muskelränder erstrebt, verlangt er, diese Grundsätze auch bei der Naht des Beckenbodens angewendet zu sehen, und empfiehlt für diesen Zweck das Verfahren nach Reed u. a. (cf. Journ. of the amer. med. assoc. 1902 August 30). **Scheuer** (Berlin).

Kleinere Mitteilungen.

23) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Sitzung am 9. Februar 1903.

Vorsitzender: Herr Rose.

1) Herr Rose: Einige Bemerkungen zur neuesten Operationsmethode unheilbarer Blasen-Scheidenfisteln.

Von Howard Kelly wird als eine Methode zur Operation von Blasen-Scheidenfisteln, die durch Anfrischung und Naht nicht zu heilen sind, empfohlen, vom vorderen Scheidengewölbe aus das Peritoneum zu eröffnen, zur Beseitigung der die Naht verhindernden Spannung die Blase zu mobilisieren und dann zu nähen. Die Fisteln, die Kelly so zum Teil mit Erfolg operiert hat, hatten sich nach Hysterektomie wegen Uteruskarzinom gebildet. Diese Methode erscheint bei der großen Gefahr der Infektion des Peritoneums zu heroisch, um so mehr, als andere ungefährlichere Methoden eine Beseitigung des jammervollen Zustandes der Pat. mit Sicherheit erreichen lassen und sie zugleich gesund und arbeitsfähig machen. Diese Methoden sind: 1) Die quere Obliteration der Scheide, die auszuführen ist, wenn der Sphincter vesicae funktionsfähig ist, und 2) die Obliteratio vulvae rectalis nach Rose, d. h. die Vernähung der Vulva mit Anlegung einer schrägen Scheiden-Mastdarmfistel, die in Frage kommt, wenn die Fistel auch die Urethra einnimmt. Im ersten Falle werden nach Ausführung der Operation Urin und Menses durch die Blase und die Urethra entleert, im zweiten passieren sie durch die Scheide ins Rektum und werden von hier entleert. Die Erfahrungen haben gelehrt, daß die Blase die durchtretenden Menses gut verträgt, ebenso ist durch die Erfahrungen R.'s erwiesen, daß das Rektum die Passage von Urin- und Menses verträgt, ohne das Geschwürsbildung im Rektum eintritt, wie anderer

seits nicht eine Infektion der Nieren vom Darme aus bei einer gut angelegten schrägen Scheiden-Mastdarmfistel einzutreten braucht. R. hat sich bemüht, durch Nachforschungen nach den von ihm behandelten Frauen festzustellen, ob Dauerheilungen durch diese Methoden erreicht werden; es ist ihm in zwei Fällen gelungen. Der erste ist ein Fall von querer Obliteration der Scheide, 1861 von Wilms operiert; die Frau ist erst vor 8 Jahren im Alter von 81 Jahren gestorben; der zweite ist eine von R. operierte Obliteratio vulvae rectalis, die Betreffende ist schon 19 Jahre bei voller Gesundheit in strengem Dienste tätig. Bezüglich des einen Vorwurfes, den man diesen Operationen machen kann, daß die Betreffenden nicht mehr fähig zum Coitus sind, ist zu bemerken, daß sie diesen Nachteil den Gefahren einer nochmaligen Entbindung weit vorziehen.

2) Herr Rose: Ist die progressive totale Knochenatrophie heilbar?

R. hat 1889 der freien Vereinigung einen jungen Menschen vorgestellt, der nach Osteomyelitis des Schaftes der Tibia mit Vereiterung des Kniegelenkes und Durchbruch des Eiters in den Oberschenkel geheilt worden war, nachdem ein Totalsequester der Tibia von 17 cm Länge mit einer spitzen Fortsetzung in das Knie entfernt worden war; aus dem Kopf der Tibia waren verschiedene kleine Sequester ausgestoßen worden. Bei fast vollendeter Heilung trat ohne faßlichen Grund eine Pseudarthrose an der Grenze des oberen Drittels ein infolge sekundärer Atrophie der Tibia, die sich progressiv abwärts verbreitete trotz Anwendung der bekannten Pseudarthrosenmittel und -Operationen. Der Kranke wurde gehfähig gemacht, indem der Periostatrang bloßgelegt, aufgeschnitten und ein 15 cm langer Elfenbeinstab in die beiden Knochenenden eingepflanzt wurde. Die Knochenneubildung wurde nicht angeregt, es trat vielmehr noch eine Atrophie des ganzen Beines ein, und auch das Wadenbein wurde in der Mitte weich; der Kranke mußte einen Stützapparat tragen. Er war bei der Vorstellung vollständig geheilt; der Elfenbeinstab ist nicht, wie Schuchard in der Deutschen Chirurgie angegeben hat, herausgeeitert. Die Wunde ist seitdem immer geschlossen gewesen. Erneute Nachforschungen nach ihm ergaben, daß er sich bis jetzt dauernd guter Gesundheit erfreut hat. R. hat ihn vor einigen Wochen untersucht. Das Bein ist jetzt vollständig tragfähig; wie photographische Aufnahmen beweisen, kann er sich allein auf dem Beine stehend halten. Die Verkürzung beträgt 6 cm, wie vor 14 Jahren. Man fühlt deutlich neugebildeten Knochen; der Elfenbeinstift hat die allmähliche Reproduktion des Knochens angeregt. Der Fall beweist also, daß die progressive totale Knochenatrophie heilbar ist.

3) Herr Rose bespricht eine eigene Art gequetschter Wunden.

Er hat in der letzten Zeit öfters Verletzungen an den Fingern und der Hand gesehen, entstanden dadurch, daß die Verletzten in die in Wäschereien gebrauchten Dampfwalzen geraten waren. Die Verletzungen setzen sich zusammen aus tiefen Verbrennungen auf der Volarseite und Quetschungen auf der Dorsalseite. R. ist bei den Verletzungen der Hand bis zum äußersten konservativ; er hat stets betont, daß selbst, wenn die Hand und die Finger steif bleiben, den Verletzten nach der Heilung ein Taststock bleibt, der ihnen, besonders wenn sie irgend wie an den Augen geschädigt sind, von größtem Werte ist. Wenn man die Dampfwalzenwunden zuerst sieht, kann man bei ihrem schauderhaften Aussehen auf den Gedanken einer Amputation kommen. Die Erfolge bei den vorgestellten Pat. lehren aber, daß bei konservativem Verhalten die Hände so ausheilen, daß sie zu kleinen Verrichtungen, zum Greifen und Fühlen, recht gut zu brauchen sind.

4) Herr Rose: Versuch der Radikalheilung einer inneren Hernie.

Bei einem am 8. Tage nach akuter Einklemmung mit subnormaler Temperatur eingelieferten Pat. erhob R. den Befund einer inneren Inkarzeration in einer großen Hernia mesogastrica sin., welche hinter das Colon descendens ging. Der Bruchsack war so groß, daß seine vordere Wand die Bauchwand berührte und der von einem Medianschnitte vordringenden Hand dort ein Hindernis bot; er enthielt fast den ganzen Dünndarm. Die Därme ließen sich gut herausziehen; sie waren hoch-

gradig entzündet; die vordere Wand der Bruchpforte spannte sich als ein derber, gespannter Strang von der Radix mesenterii nach dem Becken zu; die Vasa mesenterica inferiora verliefen in der Kante dieses Stranges. Der Versuch der Radikalheilung bestand nun darin, daß die in der Kante der vorderen Wand der Bruchpforte verlaufenden Vasa mes. inf. doppelt unterbunden und dazwischen die Bruchpforte gespalten wurde; die Ränder des Schnittes zogen sich weit auseinander und die Taschenbildung war beseitigt. Der Pat. starb 26 Stunden danach; es waren von der Operation ab sieben reichliche Stuhlentleerungen erfolgt. Das Präparat entspricht genau der Abbildung einer Hernia mesenterica von Astley Cooper.

5) Herr Rose: Hüftexartikulation oder Zehschuh?

R. bekam eine von anderer Seite bereits vielfach operierte Pat. in folgendem Zustande ins Krankenhaus: An der rechten Hüfte bestand eine Luxatio iliaca; an der linken Hüfte fand sich eine Synostose in maximaler Außenrotation und Abduktion, in der Mitte des Oberschenkels ein winkliger Knick in sagittaler Richtung infolge einer schlecht geheilten Osteotomie; das linke Knie war vollständig nach hinten luxiert und schlotterte nach allen Richtungen. Rechts wurde die Einrenkung der Hüfte vorgenommen. Links lag die Frage einer Hüftexartikulation nahe; R. umging diese und erhielt der Pat. ein allerdings um 18 cm verkürztes Bein, das aber mit Hilfe des von R. angegebenen Zehschuhes stützfähig und zum Laufen brauchbar ist. Die operativen Maßnahmen, die das Bein in die richtige Stellung brachten, bestanden in Resektion der linken Hüfte, in einer keilförmigen Osteotomie in der Mitte des linken Oberschenkels und in einer totalen Resectio genu. Die Pat. konnte bei der Entlassung an einem Stocke laufen, wie Photographien zeigen.

6) Demonstration einer großen Cyste des Parovariums (10 Liter Inhalt), die per coeliotomiam nach Spaltung des Peritonealüberzuges sich in toto ausschälen ließ; die Pat. ist, trotzdem zahlreiche Adhäsionen gelöst worden waren, ohne Drainage glatt geheilt.

7) Herr Rose: Über die Degeneration der Male.

R. erinnert an seine früheren Erfahrungen, welche das Wachsen der Naevi und die maligne Degeneration der sich vervielfältigenden Fibrome in Myxome und Sarkome an mehreren von ihm beobachteten Fällen dargetan haben. Er hat zur Zeit wieder einen Fall sich vervielfältigender Naevi maculosi in Beobachtung (Photographie). Bei der Pat. hatte sich ein Tumor im rechten Pectoralis und ein zweiter in der seitlichen rechten Brustwand entwickelt. Beide wurden exstirpiert; die Exstirpation des an der Brustwand gelegenen erforderte die Resektion zweier Rippen; bei der Eröffnung des Pleuraraumes wurde die Intaktheit der Lunge festgestellt. Die mikroskopische Untersuchung des im Pectoralis gelegenen Tumors ergab Myxosarkom.

8) Demonstration eines Präparates von abgerissener Milz, die bei der Sektion eines sterbend eingelieferten Kindes mit Rippenfrakturen und Lungenzerreißung gefunden wurde; sie lag ganz nach rechts verschoben im Abdomen.

9) Demonstration der anatomischen Präparate von Arthritis deformans (Knorpelgicht) aus der Privatsammlung des Herrn Rose.

R. Wolff (Berlin).

---

24) 53. Jahresversammlung der American medical association.

(Journ. of the amer. med. assoc.)

(Fortsetzung.)

Hyde, Montgomery, Ormsby: A contribution to the subject of radiotherapy and phototherapy in carcinoma, tuberculosis and other diseases of the skin.

Pfahler: Notes on x-ray-treatment of cancer.

Schmidt: The technic of x-ray-therapy as applied to diseases of the skin.

Die drei ersten Vortr. haben 55 Fälle von Hautkrebs mit 25 »Heilungen« behandelt, 14 Fälle von Hauttuberkulose, 9 Fälle von Lupus erythematosus. Aus ihren Beobachtungen und Ergebnissen schließen sie folgendes: Die Behandlung der Hauttuberkulose mit X-Strahlen und mit Finsenlicht ist jeder anderen Behandlungsart dieser Krankheit überlegen. Die Lichtbehandlung bei Lupus erythematosus hat ebenfalls viel bessere Ergebnisse gehabt als sonst irgend ein Verfahren. Bei Hautkrebs von oberflächlichem Sitze und großer Flächenausdehnung ist die Behandlung mit Röntgenstrahlen allen bekannten Behandlungsmethoden vorzuziehen, während umschriebene Geschwülste derart leichter operativ entfernt werden. Bei tiefer liegenden Hautkrebsen soll der chirurgischen Entfernung eine länger dauernde Nachbehandlung mit Röntgenstrahlen folgen, bei inoperablen bringt die Behandlung mit solchen wenn keine Heilung, so doch Besserung und Erleichterung. Besonders machen die Redner darauf aufmerksam, daß durch Erregung einer Entzündung in der Umgebung der Geschwulst leicht eine Weiterverbreitung und Metastasenbildung angeregt werden kann. — Bei ausgedehnter Hypertrichosis bei Acne rosacea, chronischem Ekzem, Psoriasis, auch bei Pilzerkrankungen der Haut, wie Blastomykose und Mycosis fungoides, haben sie gute Erfolge erzielt. Sie empfehlen die Behandlung aber nur bei solchen Fällen, bei welchen andere Verfahren versagt haben. Bei Tuberkulose ist die Lichtbehandlung besser als X-Strahlenbehandlung. Redner warnen vor dem Gebrauche letzterer namentlich in den Händen Ungeübter. — Pfahler teilt behandelte Fälle ausführlicher mit; ebenso sein Verfahren und technische Einzelheiten. Den Gebrauch der X-Strahlen empfiehlt er für alle Karzinome, besonders die inoperablen, und ebenso zur Nachbehandlung nach Operationen. — Schmidt gibt ausschließlich technische, bis ins einzelne gehende Vorschriften. — In der sehr umfangreichen Diskussion, an der sich zahlreiche Ärzte beteiligen, wird im allgemeinen den vorangehenden Ausführungen zugestimmt, zahlreiche einschlägige Fälle werden mitgeteilt.

Thomson — Behandlung des Schenkelhalsbruches — will bei allen Fällen knöcherne Vereinigung erreichen durch sofortige Anlegung eines Gipsverbandes bis mitten auf die Brust. Vor Ablauf von 3 Monaten darf das Bein nicht belastet werden. Bei veralteten Fällen Aneinandernageln der Bruchstücke.

Roberts berichtet über Behandlung des Querbruches der Kniescheibe mit subkutaner Tabaksbeutelnaht, die mit einer starken, langen Nadel ausgeführt wird. An vier Stellen wird ein- und aus- bezw. wieder von neuem eingestochen und so die Naht rings um die Kniescheibe geführt, an der ersten Einstichstelle geknotet, nachdem die Bruchenden gegeneinander gerieben sind, um eingeklemmte Weichteilfetzen zu entfernen. Nachbehandlung: längere Zeit Gipsschiene, frühzeitiges Aufstehen, Massage, passive Bewegungen. — Diskussion: Levings (Milwaukee) empfiehlt Eröffnung des Gelenkes zur Entfernung des Blutergusses wegen der leichteren Annäherung der Bruchenden und zur Vermeidung von Verklebungen im Gelenke. — Beck (New York) will operative Maßnahmen, wie die beschriebene Naht, nur bei starkem Klaffen angewandt wissen, da die Heilung sonst durch die alten Mittel ebenso leicht zu erreichen sei.

Rotch: Bauchfelltuberkulose der Kinder und ihre Behandlung durch Laparotomie. Dieselbe ist auf die chronische Form der tuberkulösen Peritonitis zu beschränken. Die Kinder unter 1 Jahr geben dabei, weil meistens gleichzeitig Tuberkulose anderer Organe vorliegt, eine ungünstige Prognose für die Laparotomie, bessere das Alter von etwa $1^1/_2$—4 Jahren, wo es sich meist um die chronische Form handelt. Je mehr Ascites vorhanden, desto besser im allgemeinen die Aussicht auf Erfolg, während die Formen, welche nur Strang- und Bandbildung zeigen, am ungünstigsten für die Laparotomiebehandlung sind. Erkrankte Gekrösdrüsen müssen nach Möglichkeit entfernt werden. Die Tatsache, daß Bauchfelltuberkulose auch von selbst ausheilen kann, soll nie von der Laparotomie abhalten, die an sich kein gefährlicher Eingriff ist, besonders nicht bei frühzeitiger Anwendung. Tabellarische Übersichten über 69 von 1884—1902 in

der Kinderklinik der Harward-Universität in Boston behandelte Fälle sind beigefügt. — Diskussion: Dodson (Chicago) will für die Diagnose Tuberkulin in größerem Umfange angewandt wissen. Außer Laparotomie kommen für die Behandlung noch Röntgenstrahlen in Betracht, besonders für inoperable Fälle.

Anthony: Die Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberkulose.

Lupus erythematosus ist an sich keine tuberkulöse Erkrankung, kann aber von Tuberkulose begleitet sein. Tuberkulose kann symptomatischen Lupus erythematosus erzeugen, gewöhnlich atypische, zerstreute Flecken. — In der Diskussion wird von allen Seiten der Ansicht, daß Lupus erythematosus mit Tuberkulose nicht das Geringste zu tun hat, zugestimmt.

Croftan teilt Versuche mit, die er mit Substanz von Nebennierengeschwülsten gemacht hat, um auf chemischem Wege solche von eigentlichen Nierengeschwülsten unterscheiden zu können. Frischer Extrakt von Nebennieren erzeugt 1) bei subkutaner Injektion bei Versuchstieren vorübergehende Glykosurie, 2) wirkt auf Stärke als diastatisches Ferment, verliert diese Eigenschaft durch Kochen; 3) besitzt die Eigenschaft, durch Jodlösung blaugefärbte Stärke zu entfärben. C. konnte aus Extrakt aus einer bei Sektion gefundenen frischen Nebennierengeschwulst diese sämtlichen Eigenschaften nachweisen, während Extrakte aus normaler Niere, aus dem jener Niere, welche zum Teil von Nebennierengeschwulst durchwachsen war und aus Karzinom des Nierenbeckens völlig unwirksam in dieser Hinsicht waren. Die Entfärbung der Jodstärke, die sehr schnell eintritt, falls nicht zuviel Jod zugesetzt ist, hält Redner für eine wirksame Reaktion, um gegebenen Falles während der Operation eine Nebennierengeschwulst mit Sicherheit festzustellen. — Diskussion: Libman (New York) teilt einen Fall von Diabetes bei einem jungen Mädchen mit, bei dem die Sektion große Nebennierengeschwulst ergab.

Walker hat drei Fälle von schwerer Gastroptose durch Gastrojejunostomie zur Heilung gebracht. Er wandte dabei das Verfahren von McGraw an, das darin besteht, daß 1) Aneinanderlegen der Serosafläche der zu vereinigenden Teile durch fortlaufende Naht ausgeführt wird; 2) ein starker Gummifaden mit Nadel durch die beiden Darmteile je zweimal durchgeführt und dann geknotet wird, so daß er die gefaßten Teile stark schnürt; über die mit einem starken Seidenfaden noch gesicherte Schnürschlinge eine zweite Serosanaht gelegt wird, so daß die ganze abgeschnürte Stelle durch sie versenkt wird. Es erfolgt dann Verwachsung der aneinander gelegten Serosaflächen und allmählich schneidet der Gummifaden durch und stellt so die breite Verbindung der Darmlichtungen her. Er rühmt die Einfachheit, Schnelligkeit und Leichtigkeit des Verfahrens, Sicherheit vor Infektion, Fehlen eines größeren Fremdkörpers, Herstellung einer größeren Öffnung als durch anderes Vorgehen ohne Neigung zur Narbenschrumpfung. Von letzterem Verhalten konnte er sich bei einer seiner Pat., die nach Ausführung der Gastrojejunostomie noch dreimal aus anderen Gründen laparotomiert wurde, jedesmal wieder überzeugen. Der Erfolg war in allen drei Fällen gut.

Fergusson teilt seine Erfahrungen über Operationen an der Gallenblase und ihren Ausführungsgängen mit. Bemerkenswert sind seine Erfahrungen über Kolikanfälle, die durch Verlagerung der Gallenblase teils mit, teils ohne Verwachsung erzeugt waren und durch Richtiglagerung behoben wurden.

Trapp (Bückeburg).

---

25) **Grober.** Tetanus chronicus.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

Aus den Tropen sind Tetanusfälle bekannt, in denen lange Zeit, Jahre hindurch, Kontraktionen der Muskeln bestanden, nicht aber aus unseren Gegenden. G. gibt einen solchen einheimischen Fall aus der Jenenser medizinischen Klinik.

Bei einem 12jährigen Knaben fanden sich 5 Monate nach Beginn des Tetanus Kontrakturen der Kiefer-, Nacken-, Hals- und Brustmuskeln, welche als harte,

festgespannte Wülste sichtbar waren. An den Extremitäten nahm die Intensität der Kontrakturen nach den Enden hin ab, so daß Finger und Zehen frei bewegt werden konnten. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln war erheblich herabgesetzt, doch fehlte Entartungsreaktion. Reflexe gleichfalls sehr herabgesetzt, Sensibilität intakt. Anfallsweise Steigerungen der Kontrakturen kamen nicht vor. Eine viermonatliche klinische Behandlung war ohne wesentlichen Effekt; nach dem Berichte des Arztes bestand noch 2 Jahre nach Beginn der Krankheit dieser Zustand fast unverändert. Vermutlich ist es zu einer allmählich fortschreitenden Myositis fibrosa gekommen; den histologischen Beweis dafür zu erbringen, war nicht möglich, da Entnahme von Muskelteilchen zur mikroskopischen Untersuchung nicht erlaubt wurde. **Haeckel** (Stettin).

26) **M. Ferraton.** Trois cas de gangrène gazeuse terminés par guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1902. Nr. 7.)

Es handelt sich in den drei Fällen um Verletzungen durch Jagdflinten, und zwar zweimal durch Schrotschüsse, einmal durch Schuß mit Rehposten. Daß diese kleinen Geschosse nicht immer anstandslos einheilen, sondern zu recht ernsten Erscheinungen führen können, geht aus der Schilderung hervor, und zwar kam es in allen drei Fällen zur Entwicklung von Gasphlegmone (Gangrène gazeuse). Der erste Fall verlief am schwersten; nach der Amputation des Oberarmes schritt die Entzündung fort, tiefe Kauterisationen des Stumpfes mit dem Paquelin und Einspritzen von Wasserstoffsuperoxyd waren von Erfolg begleitet. Im zweiten Falle wurde die Amputation des Unterschenkels notwendig, worauf Besserung eintrat, im dritten Falle endlich, in welchem der Schuß mit Rehposten den Hals getroffen hatte, genügten tiefe Inzisionen, um die Gasphlegmone zu kupieren. Bakteriologisch wurde leider nur im zweiten Falle untersucht und der Bazillus der Septhämie angetroffen. In den beiden ersten Fällen wurde Tetanusantitoxin prophylaktisch und außerdem später zum Auswaschen des Blutes subkutan artifizielles Serum literweise injiziert. Verf. schreibt dieser Injektion des Serums und der Kauterisation mit nachfolgender Einspritzung von Wasserstoffsuperoxyd den Heilerfolg im ersten schweren Falle zu. **Herhold** (Altona).

27) **C. C. Barrows.** The treatment of acute septicaemia by the intravenous infusion of a solution of formaldehyde with report of a case.

(New York med. journ. 1903. Januar 31.)

Verf. versuchte, die Tierexperimente Ewing's und insbesondere Maguire's (Lancet 1900 Dezember) in die Praxis zu übertragen; letzterer hatte an Ratten konstatieren können, daß Einspritzungen von Formaldehydlösungen in Konzentration 1 : 250000 noch sicher keimtötend wirken, und hatte schließlich durch Versuche an seiner eigenen Person gefunden, daß das Maximum, das der Erwachsene vertragen könne, 50 ccm einer Formaldehydlösung in der Stärke 1 : 20000 (= 1 : 700 Formalin) seien. Der Fall des Verf. betraf eine 26jährige Negerin, welche einen Abort durchgemacht hatte; es war ein 6monatlicher, völlig macerierter Fötus abgegangen; es traten Schüttelfröste auf und Fieber bis 105° F. Eine Curettage förderte stinkende Placentarreste zutage, das Bild der allgemeinen Sepsis wurde aber immer deutlicher. Eine Blutuntersuchung erwies Fehlen von Malariaparasiten, dagegen konnte aus dem Blute in Bouillon eine Reinkultur von Streptokokken gezüchtet werden; der Puls betrug 160, die Temperatur 108° F., die Respiration 38 bei Fehlen irgend welcher lokaler Symptome. Nun wurde eine intravenöse Injektion von 500 ccm einer wässerigen Lösung 1 : 5000 Formalin gemacht; nach 6 Stunden Temperatur 101° F., Puls 104, Respiration 28. Nach 24 Stunden Wiederansteigen der Temperatur auf 103° F., während der Puls auf 112 blieb; es wurde eine zweite Injektion von 750 ccm der gleichen Lösung gemacht, worauf die Temperatur normal blieb und verschiedentliche Blutkulturen sich als steril

erwiesen; mikroskopische Blutuntersuchungen ergaben keine Veränderungen der roten Blutkörperchen.

Verf. warnt vor den Einspritzungen, wenn nicht Kulturen des Blutes das Dasein von Bakterien erwiesen hätten; auch dürfte sich empfehlen, statt einer wässrigen Lösung eine Kochsalzlösung zu benutzen.

Wenn auch dieser einzige Fall noch nicht viel beweist, so dürfte er doch in Zusammenhang mit den Experimenten eine gewisse Bedeutung haben, da er zu beweisen scheint, daß der Organismus das Formalin in nicht zu starker Konzentration ohne besondere Reaktion zu ertragen vermag, und andererseits in der Vernichtung der Bakterien eingreifen kann. **Scheuer** (Berlin).

28) J. Sternberg. Über Operationen an Diabetischen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

Die Erfahrungen an dem Gersuny'schen Materiale bei 10 Kranken mit 16 größeren Eingriffen wegen Leiden, welche unabhängig von dem bestehenden Diabetes sich entwickelt hatten, sowie bei etwa 70 Narkosen wegen Gangrän, Eiterungen u. dgl. auf Grundlage des Diabetes stimmen mit den Grundsätzen überein, welche aus der neueren Literatur sich gewinnen lassen. An einem Diabetischen kann jeder als notwendig erkannte operative Eingriff ausgeführt werden. Die Diät ist zu überwachen, eine diätetische Vorbereitungskur ist wünschenswert, aber nicht Bedingung. Narkose, Operationsmethode und Verband sind so einfach als möglich zu wählen. **Herm. Frank** (Berlin).

29) Büdinger. Splenektomie wegen Stieldrehung der Milz.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 6. November 1902.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 46.)

30) E. Ullmann. Milzexstirpation wegen Stieltorsion.

(Ibid.)

31) Latzko. Milzexstirpation wegen cystischer Milzgeschwulst.

(Ibid.)

B. stellt eine 37jährige Frau vor, die, im 3. Monate schwanger, plötzlich an heftigen Bauchschmerzen erkrankte. Geschwulst in der linken oberen Bauchgegend, von Tag zu Tag wachsend. Nach einigen Tagen peritonitische Symptome. Operation. Die Milz fand sich um die Längsachse und Querachse je um 180° gedreht, die Gefäße liefen hinter der Milz her und schlugen sich um den lateralwärts gedrehten medialen Rand. Glatte Heilung nach Exstirpation. Die Milz war nur wenig vergrößert. [Der Fall unterscheidet sich von allen bisher publizierten Fällen von Stieldrehung der Milz dadurch, daß 1) noch keine Stieldrehung um die Längsachse beschrieben ist; 2) betreffen alle anderen Fälle Wandermilzen.]

U. hat seine Kranke, wie er in der Diskussion ausführt, vor 2 Jahren operiert. Große Geschwulst in beiden Hypochondrien, als bewegliche Milz — nach Malaria — diagnostiziert. Nach 14 Tagen lag sie im rechten Hypochondrium, war prall, sehr schmerzhaft. Es unterlag keinem Zweifel, daß es sich um eine Stieldrehung der ins rechte Hypochondrium verlagerten Milz handelt. Exstirpation, Heilung. Auch diese Pat. war im 4. Monate schwanger, ging einige Wochen nach ihrer Entlassung an septischem Abort zu Grunde.

In L.'s Falle handelte es sich um eine Frau mit einer kindskopfgroßen, cystischen, im kleinen Becken liegenden Geschwulst, die als Ovarialcyste angesprochen wurde. In Beckenhochlagerung glitt sie in das linke Hypochondrium, so daß knapp vor der Operation das Vorhandensein einer cystischen Milzgeschwulst in Betracht gezogen wurde. Nach Eröffnung fand man eine hämorrhagische Cyste der Milz, die deren unteren Pol einnahm. Die Milz ließ sich mit großer Leichtigkeit vor die Bauchdecken ziehen, wodurch sich ein allseitig freier, zweifingerdicker Stiel anspannte, der sich aus den Milzgefäßen und dem Pankreasschweif zusammensetzte.

In der Diskussion erläuterte Zuckerkandl noch die anatomischen Bedingungen zum Zustandekommen derartiger Affektionen unter Demonstration eines analogen Präparates, in dem es sich um eine Hemmungsbildung im Bereiche des Mesogastriums handelte. **Hübener** (Dresden).

32) **E. Ullmann.** Gumma der Leber durch Leberresektion entfernt.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 14. November 1902.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 47.)

49jährige Frau zeigte eine mit der Leber zusammenhängende, eigentlich in derselben liegende, mannsfaustgroße Geschwulst unter dem linken Rippenbogen, von derber Beschaffenheit und unebener, etwas höckriger Oberfläche. Diagnose zwischen Karzinom der Gallenblase und Gumma. Operation. Die Geschwulst sitzt in der Leber, deren Kapsel über dem ersteren weißlich getrübt ist und Vertiefungen zeigt. Kompression der Leber durch Assistentenfinger, etappenweise Resektion, die blutenden Gefäße werden gefaßt und unterbunden. Zur anderweiten Blutstillung wurden doppelt armierte Nadeln durch die Bauchdecken unterhalb der parallel zum Rippenbogen verlaufenden Bauchwunde geführt, dann durch das Lebergewebe, endlich durch die oberen Bauchdecken gezogen und zwei und zwei dieser Fäden über der Bauchdecke geknüpft. Dadurch wurde auch die Wundfläche der Leber so in den Wunden extraperitoneal befestigt, wie v. Hacker für die extraperitoneal-intraabdominelle Stielversorgung bei der Myomotomie vorgeschlagen hat. Heilung. **Hübener** (Dresden).

33) **R. J. Gundegger.** Ein Fall geschwüriger Cholecystitis bei Unterleibstyphus mit Perforation in die Bauchhöhle.

(Balnitschnaja gaseta Botkins 1902. Nr. 41. [Russisch.])

Bei einem 28jährigen Typhuskranken traten am 8. Tage der Erkrankung plötzlich starke Schmerzen im Bauche auf und Erbrechen. Objektiv nichts nachzuweisen. Allmählich entwickelte sich eine Druckempfindlichkeit der Lebergegend und ikterische Färbung der Conjunctivae sclerae. 11 Tage nach dem ersten ein zweiter Schmerzanfall ohne Erbrechen, aber mit zunehmendem Verfall, zugleich Auftreibung und stärkere Druckempfindlichkeit der rechten Bauchseite. Diagnose: Perforationsperitonitis. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie erweist sich die Diagnose als richtig, doch wird eine Darmperforation nicht gefunden. Tod nach 2 Tagen. Erst die Sektion ergibt als Ursache der Perforationsperitonitis eine Cholecystitis ulcerosa typhosa cum perforatione. In der Epikrise betont Verf. die Notwendigkeit der Untersuchung der Gallenblase bei der Laparotomie in Fällen von Typhus mit Perforationsperitonitis, zumal wenn Darmperforationen nicht vorhanden sind. **P. Rathcke** (Berlin).

34) **F. G. Kinnikutt.** Pancreatic lithiasis with report of a case.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. Dezember.)

An sich eine große Seltenheit, ist Steinbildung im Pankreas nur von Capparelli, Lichtheim und Minnich je einmal am Lebenden erkannt worden. K. berichtet über eine in vieler Beziehung interessante eigene Beobachtung von gleichzeitiger Lithiasis in Pankreas und Gallenblase, und erörtert anschließend die Symptomatologie und Differentialdiagnose.

Eine 42jährige Frau erkrankte innerhalb der letzten 14 Jahre 6mal unter kolikartigen Erscheinungen, welche zunächst auf ein Gallensteinleiden bezogen wurden. Mehrere erbsengroße, rauhe Steine, welche im Verlaufe eines Anfalles mit dem Stuhl abgingen, bestanden aus kohlen- und phosphorsaurem Kalk ohne Spuren von Cholestearin oder Gallenfarbstoff, stammten also aus der Bauchspeicheldrüse.

Spätere Anfälle beobachtete K. selbst. Die Schmerzen begannen zwischen den Schulterblättern, strahlten von dort nach der mittleren Bauchgegend aus; gleichzeitig Erbrechen. Im Urin wenig Gallenfarbstoff, kein Zucker; kurzdauernder,

ganz leichter Ikterus. Dauer des Anfalles 48 Stunden. Diese Koliken wiederholten sich mehrmals in ähnlicher Weise, zuweilen mit Schüttelfrost und hohem Fieber, mit oder ohne Ikterus und Steinabgang. In der Zwischenzeit stets Verdauungsstörungen. Die Steine bestanden bald aus Kalk, höheren Fettsäuren etc., bald vorwiegend aus Cholestearin. Bei verschiedenen Anfällen wurden also abwechselnd Pankreassteine und Gallensteine entleert. Die Fettresorption war meist normal, dagegen das ausgeschiedene Fett zu 42,6% neutral, die Spaltung des Fettes in Fettsäuren und Seifen also herabgesetzt (Müller).

Die Differentialdiagnose zwischen beiden Steinleiden ist äußerst schwierig, meist unmöglich. Die von anderen Autoren als charakteristisch beschriebenen subjektiven Symptome: Übelkeit, Erbrechen, Lokalisation der Schmerzen, sowie die objektiven: Ikterus, Glykosurie, Fettstühle sind für eine Steinbildung im Pankreas nicht beweisend, sondern treten auch bei Cholelithiasis auf. Zudem sind viele Täuschungen möglich; so kann ein Gallenstein im Vater'schen Divertikel durch Druck den Ductus pancreaticus verschließen und umgekehrt ein Pankreasstein auf gleichem Wege Ikterus hervorrufen. Glykosurie wird nur bei gleichzeitiger vorgeschrittener Zerstörung der Drüse auftreten.

Von entscheidendem diagnostischem Werte ist, abgesehen von dem Nachweis der Steine, nur die bedeutend verminderte Spaltung des eingeführten Fettes.

Bender (Leipzig).

35) **K. Pichler.** Ein Fall von traumatischer Pankreascyste.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 52.)

37jähriger Pat. erhielt zwei Hufschläge gegen den linken Rippenbogen und die Magengegend. In der 3. Woche nach dem Trauma wurde eine rasch anwachsende Geschwulst unter dem linken Rippenbogen bemerkt, die keine wesentlichen Schmerzen verursachte. Urin frei von Albumen und Zucker. Wechselnde Größe der Geschwulst. 3 Monate nach dem Trauma Operation nach vorangegangener Probepunktion. Anheftung der Oberfläche an die Bauchwand. Entleerung des Inhalts durch Trokar (5 Liter).

Es bildete sich im Verlaufe der Nachbehandlung sehr bald ein Diabetes aus, der $2^1/_2$ Monate nach der Operation verschwand. Keine Polyurie.

Nachuntersuchung fast 1 Jahr nach der Operation ergibt keine Fistel, kein Zucker im Harn. 100 g Traubenzucker werden anstandslos assimiliert.

Hübener (Dresden).

36) **L. Bruns.** Contribuzione clinica ed anatomica alla conoscenza della tubercolosi nodulare del pene.

(Policlinico 1902. Nr. 12.)

B. beobachtete als Komplikation einer einseitigen Nierentuberkulose bei Freisein der Blase und des Genitalapparates eine knotige Penistuberkulose in Gestalt einer sehr schmerzhaften, erbsengroßen Geschwulst. Pat. starb an der Nephrektomie. Der Knoten sitzt halb im Corpus cavernosum urethrae, halb unter der Haut, besteht aus einem Konglomerat käsiger Tuberkel.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

37) **Lipman-Wulf.** Über Harnröhrenfistel und Krebs.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 3.)

Bei einem 50jährigen Pat. hatte sich infolge eines Traumas eine schwere Striktur im hinteren Teile der Harnröhre mit Harnverhaltung, Schwellung und Entzündung am Damm ausgebildet, zu deren Beseitigung die Urethrotomia externa vorgenommen wurde. Es entstand eine Dammfistel, die sich nicht schloß, und nun entwickelte sich ein Karzinom, welches bei rapidem Wachstum im Laufe von noch nicht einem Jahre unter fortschreitendem Marasmus zum Tode führte.

Es sind erst einige 20 Fälle genauer beobachtet und beschrieben, bei denen ein Harnröhren- oder ein Harnröhrenfistelkrebs primär an der männlichen Harn-

röhre entstanden war. Das Alter der Pat. schwankte zwischen 19 und 72 Jahren. Die wahre Natur des Leidens bleibt leider oft noch lange Zeit unerkannt; diese Fälle werden oft lange Zeit als Stricturae graves behandelt, ohne daß das aus den Fisteln aussickernde Sekret mikroskopisch, die Umgebung der Fistel histologisch untersucht und das Auftreten von Leistendrüsenschwellung beachtet würde. Das häufige Auftreten von reichlichen Blutungen, selbst bei vorsichtigen Bougierversuchen, sollte ebenfalls zur Diagnose Karzinom leiten. Als diagnostisches Hilfsmittel empfiehlt Verf. sehr die Urethroskopie. Die Prognose richtet sich nach dem Sitz der Erkrankung: je weiter vorn in der Harnröhre, um so günstiger sind die Aussichten auf Heilung. Die Harnröhrenkrebse entwickeln sich meistens bei Leuten, die jahrelang an schweren Harnröhrenstrikturen gelitten haben, welche gonorrhoischer oder traumatischer Natur sein können. Doch entwickelte sich in einzelnen Fällen die Neubildung auch spontan, ohne daß Gonorrhoe, Trauma oder Fistelbildung vorausging. Eine dritte Möglichkeit der Entstehung, wenigstens für am Damm befindliche Krebse, ist die Entwicklung von den Cooper'schen Drüsen aus, doch ist nur in den seltensten Fällen ganz im Anfange des Leidens dieser Ursprung mit Sicherheit zu eruieren. **Langemak** (Rostock).

38) **Roux de Brignoles** (Marseille). Hypertrophie de la prostate. Prostatectomie périnéale totale. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 496.)

B. erzielte bei eimem 66jährigen, sonst gesunden Manne mit Prostatahypertrophie durch Exzision der Prostata ein sehr gutes Resultat, würde aber in einem zweiten Falle dem von ihm gewählten Querschnitt den von Gosset und Proust empfohlenen ∧-Schnitt vorziehen. Ein durch die Operation gesetzter kleiner Substanzverlust der Unterwand der Harnröhre heilte, obwohl B. auf Naht verzichtete, ohne Störung und ohne eine Verengerung zu hinterlassen.

Reichel (Chemnitz).

39) **W. Meyer** (New York). The treatment of prostatic hypertrophy associated with stone in the bladder by means of litholapaxy and Bottini's operation at one sitting.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

Verf. hat drei seiner Pat., welche gleichzeitig an Prostatahypertrophie und Blasensteinen litten, entgegen seiner bisherigen Gepflogenheit (er bevorzugte bis dahin die Sectio alta mit oder ohne Prostatektomie) mit Litholapaxie und Bottini'scher Operation in einer Sitzung behandelt und ist mit seinen Erfolgen sehr zufrieden.

Besonders empfiehlt er diese intravesikale gleichzeitige Behandlung der Prostatahypertrophie und Steinkrankheit für alte Leute. Er führt erst die Lithotrypsie aus und läßt dann sofort die Bottini'sche Operation folgen. Dreimal 24 Stunden lang bleibt gewöhnlich der Verweilkatheter liegen.

In zweien seiner Fälle wandte er mit gutem Erfolge die spinale Anästhesie an.

Seefisch (Berlin).

40) **Viertel** †. Erfahrungen über die Behandlung der Prostatahypertrophie mittels Bottini'scher Operation.

(Monatsberichte für Urologie [Casper und Lohnstein] Bd. VII. Hft. 12.)

Die letzte Arbeit des um die Chirurgie der Harnorgane hochverdienten Forschers und vielbeschäftigten Praktikers, überarbeitet und herausgegeben von Dr. V. Winckler.

Es werden zunächst einige der wichtigsten Symptome der Prostatahypertrophie angeführt, unter ihnen als weniger bekanntes die Behinderung des Schluckaktes, die auch Grosglik beobachtet hat.



Vor der Operation ist zunächst die lokale Diagnose zu stellen; die Bedeutung der Cystoskopie wird gebührend hierbei hervorgehoben. Niemand wird mehr die Bottini'sche Operation ohne vorherige Cystoskopie wagen. Auch die vorherige Prüfung der Blasenfunktion ist wichtig.

Sind Pat. mit mittelstarker Hypertrophie zugleich mit Steinen behaftet und besteht Diabetes oder schlechter Zustand des Herzens und Nervensystems, so ersetzt V. die Bottini'sche Operation durch eine vom Medianschnitte aus gemachte Prostatakerbung mit dem Messer.

Im Gegensatze zu Freudenberg füllt V. die Blase mit Borlösung; das Wasser schädigt die Glühwirkung nicht; die Schnitte werden sehr langsam gemacht, 1 cm hin und zurück in einer Minute. 3 Tage Verweilkatheter. Der Vorschlag, alle 3—4 Tage mit einem Tubus ein Jodoform-Kakaobutterstäbchen in die hintere Harnröhre einzuführen zur besseren Pflege der Brandschorfe, erscheint Ref. nicht sehr glücklich. Die Heilungsvorgänge wurden cystoskopisch und urethroskopisch beobachtet.

Die Arbeit ist mit vortrefflichen Photographien charakteristischer Formen von Prostatahypertrophie ausgestattet, leider fehlen aber alle statistischen Angaben über die Heilerfolge V.'s. **Willi Hirt** (Breslau).

41) **P. Herescu** (Bukarest). Der Ureterenkatheterismus in Verbindung mit Methylenblau zur Feststellung der Funktionstüchtigkeit jeder Niere.

(Spitalul 1903. Nr. 1. [Rumänisch.])

Der interessante Fall, den H. in seiner Krankenhausabteilung beobachten konnte, liefert einen weiteren Beweis für die Wichtigkeit der Harnleitersondierung, um den Harn jeder Niere für sich auffangen und untersuchen zu können.

Die 42jährige Pat. litt seit etwa 8 Monaten an häufigem Harndrange und Schmerzen beim Urinieren; dabei war der Harn blutig und eiterhaltig. Die rechte Niere war groß, tiefstehend, ballotierend, etwas empfindlich, während die linke Niere unfühlbar war, auch keine Schmerzen dieser Seite bestanden. Während also dieser Befund eher eine Erkrankung der rechten Niere annehmen ließ, zeigte die Sondierung der Harnleiter in Verbindung mit gleichzeitiger subkutaner Einspritzung von 0,05 Methylenblau, daß dieselbe vollkommen gesund war, hingegen Tuberkulose der linken Niere bestand. Der Harn der rechten Niere war normal, der der linken zeigte verminderte Harnstoffmenge, viel Eiweiß und Koch'sche Bazillen. Rechts erschien das Methylenblau im Harn nach $1\frac{1}{2}$ Stunden, während links nach $3\frac{1}{2}$ Stunden kaum eine leichte Grünfärbung wahrzunehmen war. Da Pat. ihre Einwilligung versagte, konnte die Exstirpation der erkrankten Niere nicht ausgeführt werden. **E. Toff** (Braila).

42) **Israel.** Beiträge zur Chirurgie des Harnleiters.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 1.)

Bei einer hydronephrotischen Solitärniere mit zwei Harnleitern, deren linker gänzlich, deren rechter unvollständig undurchgängig war, bestand nach zwei Operationen eine Fistel, durch deren Verschluß ein partieller Urinabfluß nur kurze Zeit erzwungen werden konnte, weil das Nierenbecken dann durch den Residualharn unerträglich gespannt wurde.

Eine Freilegung der Niere gelang nur unvollkommen, da das Organ ganz nahe der Mittellinie lag. Ebenso mußte ein Nahtverschluß der Fistel wieder aufgegeben werden. Es wurde deshalb eine suprapubische Blasenfistel mit möglichst langem, aufwärts verlaufendem Schrägkanal angelegt und nach der Heilung diese mit der Nierenfistel durch eine silberne Röhre, in deren Mitte ein elastisches Drainrohr eingeschaltet war, verbunden. Um ein Rücklaufen des Urins zu verhindern, wurde in die Röhre ein Kugelventil eingeschaltet. Durch dies Verfahren

bleibt Pat. trocken, schmerzfrei und uriniert in regelmäßigen Abständen auf natürlichem Wege. **Borchard** (Posen).

43) **Guinard.** Résection d'un segment de l'uretère au cours d'une hystérectomie laborieuse. Abouchement de l' S iliaque. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVII. p. 581.)

Zur Einpflanzung des bei schwerer Myomotomie verletzten linken Harnleiters in die Flexura sigmoidea sah sich G. genötigt, da der Defekt zu groß war und eine Vereinigung der Harnleiterstümpfe mit einander oder Einpflanzung des Harnleiters in die Harnblase unmöglich war. Pat. genas, obwohl die rechte Niere schwer erkrankt war und viel Eiweiß absonderte. Einige Wochen nach der Operation traten allerdings Zeichen von Urämie auf, doch verschwanden sie wieder vollständig.

In der Diskussion teilt Rochard einen von ihm erfolgreich operierten Fall von direkter Vereinigung der Stümpfe eines bei einer Hysterektomie durchschnittenen Harnleiters mit. Der Schnitt durchtrennte diesen 8 cm oberhalb seiner Einmündung in die Harnblase. Einige Monate später sucht der Kranke das Spital wieder auf mit einem Stein an der Stelle der Mündung des genähten Harnleiters in die Blase; Anlaß zur Steinbildung hatte die Seidennaht gegeben.

Reichel (Chemnitz).

44) **G. Schmidt.** Subkutane Nierenverletzungen in der Armee.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1902. Hft. 12.)

Verf. fand in den Sanitätsberichten der Armee 1881/82 und 1884—1899 49 Nierenquetschungen und 5 Nierenzerreißungen. Die ersteren, die meistens durch Hufschlag (24mal) verursacht wurden, gingen sämtlich in Heilung aus, während die letzteren, bei welchen meistens auch noch Zerreißungen der Leber und der Därme vorhanden waren, sämtlich tödlich endigten. Einen durch Stoß mit dem Fechtgewehr gegen die linke Bauchseite verursachten und mit Nierenblutung und Nierenkolik einhergehenden Fall hat Verf. selbst beobachtet. Er meint, daß in der Fechterstellung die linke Niere durch Zusammenziehung des M. psoas und des M. quadratus lumborum von der Wirbelsäule abgedrängt, der vorderen Bauchwand genähert und dadurch Verletzungen durch Stoß leichter ausgesetzt würde. Obwohl er nur 5 durch Stoß mit dem Fechtgewehr hervorgerufene Fälle von Nierenquetschung in den Sanitätsberichten fand, schlägt er doch eine schützende Polsterung der linken Bauchseite während des Bajonettierens vor.

Herhold (Altona).

45) **Tabeuttel.** Stichwunde in die Niere.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 45.)

Der Fall verlief günstig, nachdem am 2. Tage wegen bereits eingetretener Urininfiltration die in ihrer Längsmitte verletzte Niere durch langen Schnitt freigelegt und die Nierenwunde mit Gaze ausgestopft worden war. 11 Tage nach der Verletzung war die Nierenwunde geschlossen. **Kramer** (Glogau).

46) **O. Rumpel** (Hamburg-Eppendorf). Ein Fall von doppelseitiger Steinniere, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der funktionellen Nierendiagnostik.

(Monatsberichte für Urologie [Casper und Lohnstein] Bd. VIII. Hft. 1.)

Der Fall ist bemerkenswert durch die enormen Dimensionen der Steine, durch die Ausführung der getrennten Funktionsbestimmung beider Nieren vor und nach der Nephrotomie und durch die überaus scharfen Röntgenphotogramme der Steine, die der Arbeit beigegeben sind. **Willi Hirt** (Breslau).

47) **Hödlmoser.** Sprengel'sche Difformität mit Cucullarisdefekt und rechtsseitiger Wanderniere bei einem 12jährigen Knaben.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 52.)

Im letzten Decennium ist eine Anzahl Arbeiten über den schlechthin als Sprengel'sche Difformität bezeichneten Schulterblatthochstand erschienen. Über das Entstehen derselben sind verschiedene Auffassungen vertreten worden. Die neueste rührt von Kausch her (s. d. Zentralblatt 1901 Nr. 22), der einen Defekt des unteren und mittleren Cucullarisabschnittes als Ursache betrachtet.

H. bringt einen analogen Fall eigener Beobachtung, der noch durch das Bestehen einer rechtsseitigen Wanderniere kompliziert ist.

Hübener (Dresden).

48) **F. Klaussner.** Über die Winkelmann'sche Hydrokelenoperation.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

K. hat in 35 Fällen von Hydrokele die Winkelmann'sche Operation angewendet. Meistens wurde in Lokalanästhesie operiert. Nur einmal trat bei der Luxation des Hodens, welche den schmerzhaftesten Akt darstellt, eine Ohnmacht auf. Anfänglich gab es meist eine stärkere Schwellung der betreffenden Skrotalhälfte, die aber bald wieder zurückging. Die Pat. konnten meist nach 2 Wochen ihrer schweren Arbeit wieder nachgehen. Der Eingriff wurde fast immer ambulant ausgeführt. Der Operierte blieb höchstens 1—2 Tage zu Bett. Rezidive wurden zweimal beobachtet bei Personen, die noch eine andere Erkrankung, Herzfehler und cystisch erweiterten Bruchsack, hatten. Eine leichte Hodenverdickung blieb oft noch lange Zeit bestehen ohne Unannehmlichkeit für die Pat. In einigen Fällen ließ sich bei verdickter Tunika das Verfahren nicht anwenden, da die Ektropionierung Schwierigkeiten machte. Nach einer Literaturzusammenstellung liegen bei 104 Fällen nur 2 Rezidive vor, so daß die Methode mit den übrigen sehr gut konkurrieren kann. Veränderungen am Hoden, besonders Atrophie, ließen sich auch längere Zeit nach der Operation nicht konstatieren. Das Verfahren bietet durch die Einfachheit der Technik, die rasche Heilung, das seltene Auftreten von Störungen und die Möglichkeit der Ausführung in lokaler Anästhesie viele Vorzüge, die es besonders auch für den praktischen Arzt wertvoll erscheinen lassen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

49) **O. Guelliot.** Émasculation totale.

(Union méd. du Nord-Est 1901. April 15.)

Verf. hält in Fällen, bei welchen der Peniskrebs bereits auf die Wurzeln der Corpora cavernosa, auf die Haut des Hodensackes oder der Schambeingegend und auf die Hoden übergegangen ist, die totale Emaskulation, also Entfernung des Penis und des Skrotums mitsamt den Hoden für angezeigt, eventuell mit beiderseitiger Ausräumung der Leistendrüsen. Ist die totale Amputation des Gliedes notwendig, so empfiehlt sich die gleichzeitige Entfernung des Hodensackes, da man in solchen Fällen den Harnröhrenstumpf am Damme ausmünden lassen muß, und das Vorhandensein des Hodensackes dann sowohl die Urinentleerung stören als auch zu lästigen Ekzemen führen würde.

In einem vom Verf. operierten Falle war der Penis bereits bis zur Wurzel durch das Karzinom zerstört, die Ulzeration hatte auf die Haut der Symphysengegend übergegriffen, ebenso nach hinten auf die Scheide der Corpora cavernosa; Drüsenschwellungen waren nicht vorhanden, die Harnentleerung ohne Beschwerden. Die Operation begann mit einer horizontalen, oberhalb der Geschwürsfläche von einer Leiste zur anderen verlaufenden Inzision, sodann Unterbindung und Durchschneidung des Samenstranges beiderseits; von den Endpunkten der ersten Inzision werden 2 seitliche nach unten geführt, welche sich einige Centimeter vor der Afteröffnung vereinigen. Dann Durchtrennung des

Lig. suspensorium penis, möglichst allseitige Ablösung der Corpora ischio-cavernosa vom Becken, Unterbindung der zurückbleibenden Stümpfe der Corpora. Durchschneidung der Harnröhre. Dieselbe wird an der oberen Wandung auf etwa 1 cm Länge geschlitzt, und ihre Ränder am unteren Wundwinkel mit den Hauträndern vernäht, so daß die Mündung einige Centimeter vor der Afteröffnung zu liegen kommt. Vereinigung der Hautwundränder, soweit das möglich ist. Der eingelegte Dauerkatheter wird nach 10 Tagen entfernt, weiterhin glatte Heilung. Über das Dauerresultat wird nichts mitgeteilt. **Mohr** (Bielefeld).

50) **E. Haas.** Über die Resultate der Kastration bei Hodentuberkulose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXX. Hft. 2.)

Verf.'s Untersuchungen stützen sich auf 115 Fälle von Hodentuberkulose, welche in den letzten 50 Jahren in der v. Bruns'schen Klinik mittels Kastration behandelt worden waren, und beschäftigen sich in der Hauptsache mit der Frage nach den Endresultaten der operativen Eingriffe. Es ergab sich, daß nach einseitiger, wegen einseitiger Erkrankung ausgeführter Kastration in 44,6% dauernde Heilung erzielt worden war; in 26,7% erkrankte nachträglich noch der 2. Hode. Nach beiderseitiger Kastration wurden nicht weniger als 56,7% dauernd geheilt. Die Zeugungsfähigkeit blieb nach Wegnahme eines Hodens erhalten; Entfernung beider Hoden hatte nicht in einem einzigen Falle die sonst so vielfach befürchteten Ausfallserscheinungen zur Folge. Mit Rücksicht auf den progredienten Charakter des Leidens, sowie diese gewiß günstigen operativen Erfolge möchte Verf. an der frühzeitigen Kastration so lange festhalten, bis nicht an der Hand einer zuverlässigen Statistik erwiesen ist, daß eine weniger eingreifende Behandlung gleich gute Resultate zu erzielen vermag. (Vgl. hierzu auch die Ausführungen von v. Bruns auf dem Chirurgenkongresse 1901.)

Honsell (Tübingen).

51) **Stolz.** Über Totalnekrose des Hodens bei Mumps.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. VII. Hft. 2 u. 3.)

Bei einem 18jährigen Manne kam es nach Mumps-Orchitis zur Nekrose des einen Hodens, der bis zur Größe eines Mandelkerns reduziert wurde und so schmerzhaft war, daß er exstirpiert werden mußte; der andere Hode blieb gesund. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß bei völliger Unversehrtheit des Nebenhodens eine Totalnekrose des ganzen Hodens vorlag; ohne Bindegewebsvermehrung zwischen den Samenkanälchen waren die Epithelien der letzteren im Zentrum des Hodens fettig degeneriert unter totalem körnigen Zerfall, an der Peripherie in eine Art hyalinen Gewebes umgewandelt. Das nekrotische Gewebe wurde also einfach abgekapselt, allmählich resorbiert und organisiert, ohne daß es zu einer Eiterung kam.

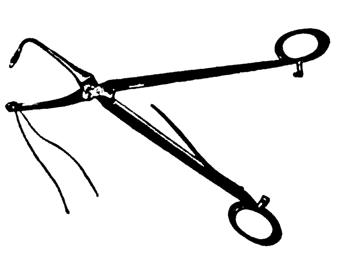
Bemerkenswert ist, daß bisher eine isolierte Totalnekrose des Hodens nur im Gefolge von besonders schweren Schädigungen der Samenstranggefäße bekannt war, welche letztere im vorliegenden Falle ganz unversehrt waren.

Haeckel (Stettin).

52) **E. P. Mallet.** The automatic ligature passer.

(New York med. record 1902. Februar 22.)

M. hat seinen bereits früher beschriebenen automatischen Schlingenführer für tiefe Ligaturen durch eine Feder, welche das Instrument wieder öffnet, modifiziert. Die Anwendung ist aus der Figur ersichtlich, beim Öffnen zieht das eine Blatt mit der Nadel die auf dem anderen Blatte liegende Fadenschlinge durch die Öffnung der abzuschnürenden Partie.



Loewenhardt (Breslau).

53) **E. Marshall.** Zur Diagnose eines Falles von Lithopädion mit Hilfe des Skiagramms.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. IV. Hft. 3.)

Der Inhalt der Arbeit ist durch die Überschrift gekennzeichnet, es handelte sich um eine Frau mit Myelitis; die Durchleuchtung wurde erst an der Leiche vorgenommen. **H. Wagner** (Breslau).

54) **Matignon.** Le service de santé pendant le siège de la légation de France à Pékin (20. Juni bis 15. August 1900).

(Arch. de méd. et de pharm. militaire 1901. Märzheft.)

Von dem französischen Anteil der in Peking belagerten Europäer, dem sich noch einige Österreicher u. a. angeschlossen hatten, im ganzen 90 Kombattanten, fielen 14, starben später 4, zusammen 18 oder 24,4%, wurden verwundet 53 oder 58,8%. Von den tödlichen Verwundungen hatte die Mehrzahl, 4 oder 71,8%, Kopf und Gesicht betroffen. Auch unter den 53 nicht tödlichen Verwundungen betraf die Mehrzahl 24 oder 45,2% Kopf und Gesicht; danach war der häufigste Sitz der Verwundung die obere Extremität mit 9 = 13,2%. Die große Häufigkeit genannter Verwundungen erklärt sich unschwer durch die Art der Verteidigung hinter Deckung. Die Mehrzahl aller nicht tödlichen Verwundungen, nämlich 58,5%, wurde durch Infanteriegeschosse gesetzt, nur wenige durch Splitter groben Geschützes, mehr dagegen — 18,8% — durch indirekte Geschosse, insbesondere Mauersplitter. Von den 19 Offizieren aller Nationalitäten unter den Belagerten wurden 73,6% verwundet, außerdem alle drei Ärzte, 100%. Unter den sämtlichen Belagerten endlich hatten die Japaner mit 99,9% die meisten Verwundeten, dann folgen die Franzosen mit 91,7%, während die Deutschen mit 54,4% die Mitte halten, die Russen und Engländer mit 28,3% und 28,1% ihrer Iststärke die geringsten Verluste hatten.

Ein Fall von Verwundung des Kehlkopfes und der Luftröhre wird ausführlicher mitgeteilt und beansprucht ein größeres Interesse dadurch, daß der völlig asphyktische und ohnmächtige Mann durch methodische Traktionen an der Zunge zum Bewußtsein mit freier Athmung gebracht wurde. Später aber starb er doch noch trotz Tracheotomie. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

55) **L. P. Passower.** Die Röntgenphotographie vor Gericht.

(Wratsch 1901. No. 20.)

Pat. — ein Soldat — klagte über Schmerzen im linken Fuße, nachdem ein Gegenstand, 240 kg schwer, auf denselben gefallen war. Der Fuß und das untere Drittel des Unterschenkels waren stark ödematös. Man hielt den Pat. für einen Simulanten, der sich den Fuß künstlich verstümmelte — durch Kompression und Injektionen. Er wurde 4 Monate im Hospital untersucht und stand 3mal vor Gericht, das ihn zu Gefängnishaft verurteilte. Erst eine Aufnahme beider Füße mit dem Röntgenapparate und eine Vergleichung der Bilder erwies seine Unschuld. Der Fortsatz des Calcaneus, auf dem der Taluskopf ruht, war gebrochen, der Talus hatte das Naviculare, das Cuboideum und die übrigen kleinen Knochen nach vorn geschoben und dabei den Bandapparat dieser Knochen verletzt. Daher die Schmerzen und das Ödem, besonders da Pat. sich wegen seiner Beschäftigung nicht schonen konnte. — Er wurde nun freigesprochen und vom Dienst als unbrauchbar entlassen. — 2 Röntgenbilder und 2 Figuren sind beigefügt.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Voraussahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 16. **Sonnabend, den 18. April.** **1903.**

I.

Die Jodoformknochenplombe.

Von

Mosetig-Moorhof in Wien.

Es ist wohl unnötig, die Bedeutung einer Knochenplombe begründen zu wollen. Jedem Chirurgen ist sie klar; denn sie erstrebt die Ausschaltung von toten Räumen, deren Wandungen wegen ihrer Starrheit eine rasche organische Verwachsung unmöglich machen, daher lange Eiterungen bedingen und schließlich, wenn überhaupt, mit häßlichen vertieften Narben ausheilen. Viele Versuche, zur Ausfüllung geeignete Stoffe ausfindig zu machen, weist die Literatur der letzten Decennien auf; keine der angegebenen Methoden hat sich bewährt; in den meisten Fällen stieß sich die Plombe durch entzündliche Vorgänge ab, und die Versuche mißlangen. Die Ur-

sachen hierfür dürften teils in der Technik gelegen haben, teils in der Qualität der zur Ausfüllung gewählten Stoffe, organischer sowohl als unorganischer Natur.

Bezüglich der Technik der Herstellung zur Plombierung sich eignender Knochenhöhlen ist als erste Bedingung die vollkommene Sterilität derselben aufzustellen. Eine septische Knochenhöhle, beispielsweise nach Nekrosen- oder Abszeßoperationen, kann durch Anwendung antiseptischer Maßregeln allein nie und nimmer aseptisch gemacht werden. Nach der operativen Entfernung des Inhaltes der erkrankten Knochenstätte genügen scharfe Löffel und Ausspülungen nicht, selbst das siedend gemachte Öl hat sich bekanntlich nicht bewährt. Eine Knochenhöhle kann auf operativem Wege nur dadurch steril hergestellt werden, wenn man deren Wandungen unter aseptischen Kautelen frisch schneidet, d. h. alle Wände der Abszeß- oder Kloakenhöhle und selbst deren eburneierte Umgebung entfernt, bis frische, gesunde Knochensubstanz allüberall zum Vorschein kommt.

Es sind im ganzen mühevolle, langdauernde, pedantisch auszuführende Operationen, wofür scharfe Meißel verschiedener Gestalt und Größe, elektrisch betriebene Rotationssägen, große Fräsen notwendig sind. Die Zugänglichkeit zum erkrankten Knochen muß die größtmöglichste sein; die Schnitte in den Deckweichteilen sollen deshalb ausgiebig sein, die Weichteile am besten in Lappenform aufgeklappt und deren Verbindung mit dem Periost erhalten bleiben. Die Form der Knochenhöhle ist Nebensache; Haupterfordernis, nur frisch geschnittene Wandungen, nirgends auch nur den Schein von Erkrankung zeigender Knochen- respektive Marksubstanz. So kommt es nicht selten vor, daß man so viel vom Knochen abtragen muß, daß nur eine mehr oder weniger starke Spange der Kortikalis noch die Kontinuität erhält.

Ist einmal die Knochenhöhle in diesem Sinne hergerichtet, wozu natürlich die vorgängige Anwendung künstlicher Blutleere unentbehrlich erscheint, so wird der Hohlraum entsprechend gereinigt, wofür man securitatis causa ein Antiseptikum als Spülflüssigkeit nehmen mag, am besten 1%iges Formalin oder, falls ein oder der andere winzige Blutstropfen aus der Knochsubstanz sickert, 3%iges oder 20%iges Wasserstoffsuperoxyd. Die rein gewaschene und ausgewischte Knochenhöhle wird nunmehr trocken gemacht, geradeso wie auch der Zahnarzt vor der Füllung die Zahnhöhle trocken legt. Man kann, wie ich es tue, heiße Luft benützen; kann man solche nicht beschaffen, führt auch ein kontinuierlicher Strom kalter, filtrierter und getrockneter Luft zum Ziele. Erst wenn alle Wandungen trocken sind, der feuchte Glanz verschwunden ist, ist die Knochenhöhle zur Aufnahme der Füllungsmasse geeignet. Früher nicht, da es notwendig ist, daß letztere genau dem Knochen sich anfüge, in jedes Spältchen eindringe, jedes Gefäßkanälchen verlege, mit einem Worte einen ideal hermetischen Abschluß bilde.

Die Jodoformknochenplombe wird in zähflüßigem Zustande in die Höhle gegossen und erstarrt allmählich zu einer festen Masse. Sie besteht aus 60 Teilen Jodoform und je 40 Teilen Wallrath und Sesamöl. Sie wird unter folgenden Kautelen steril bereitet: Alle drei Bestandteile werden in einen sterilen Kolben zusammengetan und nun im Wasserbade langsam bis auf 80° erwärmt, welcher Temperatur die Masse durch 15 Minuten exponiert bleibt. Hierauf wird die flüssig gewordene Masse dem Wasserbade entnommen und unter fortdauerndem Schütteln erstarren gelassen. Hauptsache bei der Bereitung ist das Erstarrenlassen unter fortwährendem Schütteln behufs exakter Emulgierung des Jodoforms. Bei Zimmertemperatur bildet die Plombe eine starre, gelbe Masse, welche vor dem Gebrauche durch Erwärmen in einem Wasserbade oder mittels Thermophor auf ca. 60° C. verflüssigt werden muß.

Diese verflüssigte Masse wird nun gut aufgeschüttelt und langsam in die Knochenhöhle gegossen, bis letztere vollends ausgefüllt ist — bis an den Rand. Man gieße langsam, um etwaige Luftblasen, die sich bei raschem Eingießen bilden könnten, zu vermeiden. Ist die Höhle vollgegossen, so wartet man einige Minuten, bis die zähflüssige Masse erstarrt ist; dann vernäht man darüber die temporär zumeist in Lappenform mit dem Periost abpräparierten Weichteile. Selbstverständlich unterbindet man vorher alle sichtbaren, bei der Lappenbildung durchtrennten Gefäße in den Weichteilen. Die Naht wird sorgfältig angelegt, der Verschluß vollendet. Zumeist liegen noch Fistelgänge vor; diese, entsprechend angefrischt, dienen zum Abflusse der wenigen Sekrete, welche von der Wandung der Weichteilwunde abgesondert werden. Fehlen Fistelgänge, so werden die Nähte distanziert oder ein schmaler Gummipapierstreifen zwischen die Hautlippen eingeführt.

Die plombierte Knochenhöhle blutet nicht und sezerniert nicht. Nach beendeter Naht wird ein aseptischer Verband in weitem Umfange angelegt — ja nicht zu fest — und zum Schlusse erst die Kompressionsbinde abgenommen. Sollen Gelenke immobilisiert werden, so wird über den Deckverband eine Schiene angebracht oder derselbe mit Tapetenholzspänen gesichert.

Knochenhöhlen nach chronischer Osteomyelitis, nach Nekrosen, Knochenabszessen oder Knochencysten wurden alle nach diesem Schema behandelt; ebenso kariöse Herde in der Kontinuität der Knochen.

Auch bei Gelenkskaries bildet die Knochenplombe ein mächtiges Unterstützungsmittel zur Konservation der Glieder und deren Gebrauchsfähigkeit. Ich bin der Ansicht, daß die sog. konservierende Behandlung von Gelenksfungus nicht im passiven Abwarten, Anlegung von Verbänden etc. bestehen soll, sondern im gewissenhaften operativen Entfernen der Krankheitsherde, da diese schon durch ihre Infektionsfähigkeit dem Gesamtorganismus gefährlich werden. Nach Lister's epochemachenden Arbeiten gab es eine Zeit, wo man

bei Gelenksfungus den Resektionen sehr huldigte. Man kam aber bald davon ab, da man bezüglich der Endresultate schlimme Erfahrungen machte. Doch lag der Übelstand weniger in dem Momente der Entfernung des Krankheitsherdes, als vielmehr in der übergroßen Opferung von Knochenabschnitten, wodurch bei Kindern die Epiphysenknorpel verloren gingen, und damit jedes fernere Wachstum der operierten Gliedmaßen ausgeschlossen blieb, bei Erwachsenen unbrauchbare Extremitäten resultierten.

Ich gehe prinzipiell auch bei Kindern Gelenksfungus an, entferne aber nur die Gelenksknorpel mit einer dünnsten Knochenscheibe und richte mein Augenmerk auf die gründlichste Exstirpation der gesamten Kapsel und der fungös entarteten Nachbargewebe in den Weichteilen. Finde ich an den Sägeflächen noch kariöse in die Tiefe greifende Herde vor, so werden diese isoliert im gesunden Gewebe mittels scharfem Meißel in toto, zumeist in konischer Form, sorgsam ausgehoben und die Defekte dann plombiert. Die Erfolge sind sehr gute; das Wachstum kann nach der Heilung ungestört vor sich gehen, da der Epiphysenknorpel nirgends verletzt wird. Auch bei Erwachsenen ist der Entfall an Knochensubstanz minim.

Bei Gelenksresektionen muß natürlich die Blutstillung eine sorgfältigere sein, da viele kleine Gefäße nach der Kapselexstirpation bluten. Es wird in solchen Fällen die geschnittene und wohlgetrocknete Höhle zunächst plombiert bis zum Niveau der Sägefläche, sodann die Plombe oder wenn mehrere Herde ausgeschnitten — nicht bloß exkochleiert — werden mußten, die Plomben nach der Erstarrung mit je einem Stückchen doppelt genommenem Gummipapier flach überdeckt und mit einem sterilen Gazetupfer angedrückt gehalten, worauf dann nach Abnahme der Konstriktionsbinde die genaue Blutstillung durch Ligaturen durchgeführt wird. Ist diese besorgt, entfernt man Tupfer und Gummipapierdecke, legt die starren Plomben bloß, reinigt von etwaigen Koagulis die Knochenflächen, adaptiert und vernäht unter Anwendung von kurzen Drains. Darüber der übliche Fixierverband mittels blauer Binden und Schienen oder Tapetenholz. Gipsverbände sind in meiner Station außer zu orthopädischen Zwecken nicht in Gebrauch.

Bei Resektionen im Hand-, Sprung- und Hüftgelenk wird auch der durch die Knochenentnahme zurückbleibende Hohlraum, der also eigentlich keine Knochenhöhle darstellt, nach tunlichster Annäherung der Gelenksenden mit der Plombenmasse ausgefüllt, ebenso die sorgsam exkavierte leere Gelenkspfanne bei Resectio coxae.

Die Sekretion ist nach der Plombierung eine ganz minimale, lymphartige, so daß der erste Verband in der Regel bis zu jener Zeit liegen bleibt, in der die Entfernung der Hautnähte notwendig wird, also zumeist 10—14 Tage. Die weiteren Verbände können in ähnlichen Intervallen gewechselt werden. Die Weichteile heilen zumeist prima intentione; nur in jenen Fällen, wo größere Defekte

der Weichteile vorhanden waren oder nach Exzision des Krankhaften zurückgeblieben sind, dauert es länger, bis sie sich durch Granulation



Fig. 1.



Fig. 2.

schließen, wobei zeitweise etwas von der freien Oberfläche der Plombe abgestoßen wird. Wo dies nicht der Fall, beispielsweise bei Gelenksresektionen, ist die Vernarbung der Weichteile in der 3.—4. Woche beendet.

Was geschieht nun mit der in der Tiefe des Knochens befindlichen Plombe? Sie wird nach und nach durch die vom Knochen aufsprießenden Granulationen aufgezehrt, bis sie spurlos verschwindet und an ihre Stelle neugebildeter Knochen tritt. Die Jodoformknochenplombe ist also eine temporäre; sie unterstützt nur die Natur in ihrem horror vacui und bleibt als Lückenbüßer im Knochen, bis dieser sich wieder gebildet.



Fig. 3.

Dieses Verhalten der Plombe kann man Schritt für Schritt verfolgen mit Hilfe der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen. Jodoform verhält sich gegenüber den Röntgenstrahlen wie Metall; das Verhalten des Schattens, sein stets Kleinerwerden, während die Umgebung neuen Knochen aufweist,

gibt Zeugnis davon. Die Aufsaugung der Plombe geht natürlich sehr langsam vor sich, entsprechend der Langsamkeit der Bildung neuen Knochens. Nach einem Jahre habe ich von einer ziemlich großen Plombe im Femur keine Spur mehr gesehen, dagegen war der Knochen in seiner normalen Form wieder hergestellt.

Dieses langsame Aufgezehrtwerden des Jodoforms schließt jede Möglichkeit einer Intoxikation aus. Wir haben schon 100—150 g Plombe in große Höhlen eingegossen, ohne Schaden zu sehen.

Ich habe bis jetzt an Osteomyelitis chronica, Knochenabszessen, Nekrosen und Karies etwa 120 Fälle mit Plombe behandelt; in keinem Falle kam es zu einem Ausgestoßenwerden, nie ergab sich ein Nichtvertragenwerden der Masse. Alle Fälle sind ohne Fisteln geheilt; zwei Oberschenkelnekrosen konnten in der 3. Woche das Spital verlassen mit völlig vernarbten Wunden.

Anbei sind drei Reproduktionen von Röntgenogrammen eines Falles von chronischer Osteomyelitis tibiae, welcher mit Jodoformknochenplombe behandelt wurde. Die Abbildungen 1, 2, 3 sind Aufnahmen nach 4, 5 und $6^1/_2$ Wochen post operationem. Ein Text zu den Bildern dürfte für jeden, der Röntgenogramme deuten kann, überflüssig sein. Weiteren Arbeiten bleibt die Detaillierung vorbehalten.

II.

Zur operativen Behandlung der Peroneuslähmung.

Von

Dr. **Carl Deutschländer** in Hamburg.

So groß auch die Fortschritte sind, welche wir in der Behandlung des paralytischen, durch Peroneuslähmung bedingten Spitzfußes mittels Sehnenverpflanzungen gemacht haben, so haften dieser Behandlungsweise doch noch eine Reihe von Mängeln an. Zunächst sind die operativen Erfolge keineswegs immer einwandsfrei: Die verpflanzten Sehnen funktionieren entweder gar nicht oder nur mangelhaft, und häufig treten noch nachträgliche Verlängerungen in denselben auf. Sodann muß es als ein Nachteil bezeichnet werden, daß wir kein einheitliches Operationsverfahren besitzen. Fast jeder Operateur geht anders vor und modifiziert noch im einzelnen Falle. Solange man die Sehnenverpflanzungen nur nach dem Gesichtspunkte vornimmt, einen möglichst benachbart gelegenen, funktionell weniger wichtigen, aber funktionierenden Muskel als Kraftspender für die gelähmte Sehne zu benutzen, hat natürlich ein streng individualisierendes Vorgehen bei der graduellen Mannigfaltigkeit der Lähmungserscheinungen seine vollkommene Berechtigung. Immerhin aber bildet die große Zahl von Verfahren, die hierdurch bedingt werden, bei einer so jungen Operationsmethode ein Hindernis für deren allgemeine Verbreitung und erschwert zudem die exakte Beurteilung der operativen Erfolge bezw. Mißerfolge.

Ich habe nun, nachdem ich mit den üblichen Methoden einige Mißerfolge erlebt hatte, allmählich eine Plastik ausgebildet, die mir gewisse Vorzüge zu besitzen scheint und meines Erachtens für alle Fälle anwendbar ist, in denen es sich um eine Lähmung bezw. Parese der vom Nervus peroneus versorgten Muskeln handelt, und in denen die vom N. tibialis innervierte hintere Muskelplatte des Unterschenkels intakt ist. Ich habe dieses Verfahren bisher in zwei Fällen mit gutem Erfolg zur Ausführung gebracht; von einer Beschreibung dieser Fälle sehe ich zunächst ab, da noch keine Endresultate vorliegen, und ich will mich nur auf die Darstellung der Plastik beschränken, die ich hiermit zur Nachprüfung empfehlen möchte.

Der Gang der Operation ist folgender: Unter Blutleere wird zunächst an der Rückseite des Unterschenkels in dessen unterem Drittel ein genügend langer Schnitt längs der Achillessehne gemacht. Zweckmäßig legt man den Hautschnitt nicht direkt in die Mitte,

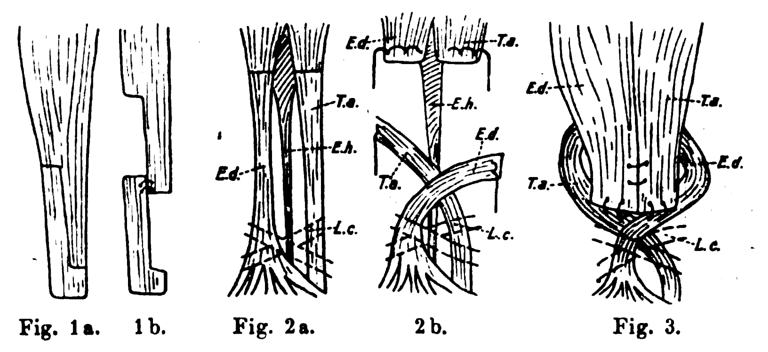


Fig. 1a. 1b. Fig. 2a. 2b. Fig. 3.

Fig. 1. Plastik der Achillessehne nach Bayer, *a* Schnittführung, *b* Plastik.

Fig. 2a. Hohe Durchtrennung der Sehnen des Tibialis ant. (*T. a.*) und Ext. dig. communis (*E. d.*). *E. h.* Extensor hallucis longus. *L. c.* Ligamentum cruciatum.

Fig. 2b. Kreuzung der Sehnen.

Fig. 3. Transplantation des Extensor dig. comm. um den innern, des Tib. ant. um den äußeren Knöchel herum und Vernähung der Muskelstümpfe an die Kreuzungsstelle der Sehnen.

sondern etwas an die mediale Seite der Sehne, weil man alsdann leichter von diesem aus an die hinter dem inneren Malleolus verlaufenden Sehnen gelangt, die man im weiteren Verlaufe der Plastik nötig hat. Sodann wird die Achillessehne mittels der Bayer'schen Plastik soweit verlängert, bis man den Fuß bequem in extreme Dorsalflexion bringen kann, ohne daß dadurch die verlängerte Achillessehne eine erhebliche Spannung erleidet (Fig. 1). Hierauf wird die hintere Wunde provisorisch tamponiert. Der zweite Akt besteht in der Freilegung der Sehnen an der Vorderseite des Unterschenkels. Längsschnitt im unteren Drittel des Unterschenkels, welcher die Fascie

durchtrennt, das Ligamentum cruciatum jedoch schont. Es kommen hierauf die Sehnen des Tibialis anticus, Extensor hallucis longus und Extensor digitorum communis zum Vorschein (Fig. 2a). Bei starker Dorsalflexion des Fußes werden die Sehnen des Tibialis anticus und Extensor digitorum communis kräftig aus ihren Scheiden herausgeholt, in möglichst weiter Ausdehnung bis zum Ansatze des Muskelfleisches isoliert und hoch durchtrennt. Die Stümpfe werden an Haltefäden geschlungen. Nun werden die Sehnen des Tibialis anticus und Extensor digitorum communis so übereinander gekreuzt, daß der Extensor über den Tibialis hinweg nach dem inneren Knöchel, der Tibialis nach dem äußeren Knöchel hin weist (Fig. 2b). Hierauf wird von der vorderen Wunde aus ein schräger Kanal um den äußeren Knöchel herum gebohrt, der sich dicht am Knochen hält und am oberen Ende des hinteren Hautschnittes an der lateralen Seite der Achillessehne ausmündet. Durch diesen Kanal wird die Tibialissehne hindurchgezogen und in die angefrischte Achillessehne transplantiert. Sodann wird um den innern Knöchel herum von dem vorderen Schnitte aus ein zweiter, ebenfalls schräg nach dem hinteren Schnitt verlaufender Kanal gebildet, durch den die Extensorsehne geführt wird. Diese wird in die vom hinteren Schnitt aus leicht zugängliche Sehne des Flexor digitorum communis vernäht. Hierauf erfolgt der Nahtverschluß der hinteren Hautwunde. Vorn zieht man noch die Muskelstümpfe des Tibialis anticus und Extensor digitorum communis herunter und vernäht sie mit der Kreuzungsstelle der Tibialis- und Extensorsehne (Fig. 3). Sodann wird auch hier die Hautwunde geschlossen; aseptischer Verband und Fixation des Fußes in starker Dorsalflexion im Gipsverbande.

Dieses Verfahren bietet keine großen technischen Schwierigkeiten. Sämtliche Muskeln bleiben erhalten und erfahren nur eine andere Anordnung; die gelähmten Sehnen werden hierbei sämtlich in Muskeln verpflanzt, die von dem vollkommen intakten Nervus tibialis versorgt sind. Der Extensor hallucis longus und die Mm. peronei werden allerdings nicht von der Plastik berührt. Indessen ist die Funktion des Extensor hallucis einmal nicht so wichtig und man kann ihn daher sich völlig seiner funktionellen Anpassungsfähigkeit überlassen, sodann würde sich die operative Verkürzung desselben auch noch leicht hinzufügen lassen. Etwas anders steht es schon mit der Vernachlässigung der Funktion der Peronei. Allein da man die Extensor dig. comm.-Sehne schräg um den medialen Knöchel herum verpflanzt hat, so ist diese Sehne dadurch imstande, bis zu einem gewissen Grade pronierend zu wirken und den Funktionsdefekt der Peronei zu ersetzen. Wenn man die gelähmte Extensorsehne nicht direkt in die antagonistische Flexorsehne verpflanzen will, so kann man dieselbe auch leicht in die benachbarten Sehnen des Flexor hallucis longus bezw. Tibialis posticus transplantieren, die von dem etwas medial angelegten hinteren Schnitt ebenso leicht wie die Sehne des Flexor dig. comm. zugänglich sind.

Wichtig ist es, daß man die Transplantation bei starker Dorsalflexion des Fußes vornimmt, und daß man die Sehnen wegen des langen Weges, den sie zu durchlaufen haben, recht hoch durchtrennt. Besonders bei der Tibialissehne kann es vorkommen, daß sie sich als zu kurz erweist. In diesem Falle muß man sie plastisch verlängern, was sich durch Spaltung leicht erreichen läßt und wozu ich in meinem zweiten Falle genötigt war. Die einzige Schwierigkeit könnte vielleicht bei der Bildung des schrägen Kanals um die Malleolen herum entstehen, da unsere gebräuchlichen chirurgischen Instrumente, gebogene Kornzange, Schlundzange etc. nicht die geeignete Krümmung besitzen. Aber auch dieser Akt vollzieht sich äußerst leicht, wenn man sich eines Elevatoriums bedient, welches vorn kräftig über die Fläche gekrümmt ist und an seiner Spitze einen Schlitz zur Aufnahme des Haltefadens trägt, an welchem die zu verpflanzende Sehne befestigt ist[1].

Als Vorzüge dieser Plastik möchte ich bezeichnen:

1) daß die Verpflanzung der gelähmten Sehnen in Muskeln stattfindet, die nicht von dem affizierten Nerven, sondern von dem völlig intakten Nervus tibialis versorgt werden, und

2) daß die Verpflanzung in symmetrischer Weise zu beiden Seiten der Fußgelenksachse ausgeführt wird, ein Moment, das mir bei der Wichtigkeit der Symmetrie der Fußbewegungen nicht belanglos zu sein scheint und das bei anderen Verfahren nicht genügend berücksichtigt wird.

3) Dadurch, daß die Sehnen gekreuzt um die Malleolen geführt werden, gewinnen diese eine breite Unterstützungsfläche am Knochen und können sich nicht von demselben abheben; ferner erhält der Tibialis dadurch eine stärkere supinierende und der Extensor bis zu einem gewissen Grade eine pronierende Wirkung.

4) Die schräge Richtung des Faserverlaufs der transplantierten Sehnen vermindert meines Erachtens die Gefahr einer nachträglichen Verlängerung, die bekanntlich leichter auftritt, wenn der Faserverlauf der Sehne und die Zugrichtung der Schwere des Fußes in dieselbe Ebene fallen.

5) Durch die Vernähung der Muskelstümpfe des Tibialis anticus und Extensor digitorum communis mit der Kreuzungsstelle der transplantierten Sehnen findet noch eine Verstärkung der Stellung des Fußes in Dorsalflexion statt. Unter Umständen ist es sogar nicht ausgeschlossen, daß diese Muskelstümpfe bis zu einem gewissen Grade die Ausübung aktiver Dorsalflexion wieder gewinnen, da ja, wie durch die Lange'schen Beobachtungen bekannt ist, bisweilen selbst hochgradig paretische Muskeln einen Teil ihrer Funktionsfähigkeit wieder erlangen können, sobald sie unter genügende Spannung versetzt sind.

---

[1] Verfertiger dieses Instrumentes ist die Firma Pertzel & Schulz, Hamburg, Große Bleichen 16/18.

1) **Schicklberger.** Beiträge zur Morphin-Skopolaminnarkose.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 51.)

S. faßt die auf der Ewald'schen Abteilung des Sophienspitals in Wien über diese Narkose gewonnenen Erfahrungen selbst folgendermaßen zusammen:

Das Skopolamin scheint zwar ein verläßliches Anästhetikum, aber kein gleiches Narkotikum im Sinne einer genügenden Muskelentspannung zu sein. Nur für solche Fälle, für welche eine allgemeine Anästhesie unbedingt erforderlich oder erwünscht erscheint, Chloroform und Äther aber kontraindiziert sind, möchte S. die Skopolamin-Morphinnarkose gewahrt wissen.

Auch für die Einleitung der Inhalationsnarkose bei sehr unruhigen Pat. würde sich eine einmalige Dosis $^1/_2$—1 Stunde vorher meistens bewähren. **Hübener** (Dresden).

---

2) **Koblanck.** Die Chloroform- und Äthernarkose in der Praxis.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1902. 42 S.

3) **G. Palleroni** (Palermo). Vari metodi anestesici e loro indicazioni.

Neapel, **Pasquale,** 1902. 275 S.

Die auf Anregung v. Bergmann's entstandene und Olshausen gewidmete Broschüre K.'s enthält in kurzer, prägnanter und anregender Form alles für den Praktiker Wissenswerte über die Äther- und Chroroformnarkose: Das chemische Verhalten, die physiologische Wirkung jener Mittel; die Indikationen, Kontraindikationen, Vorbereitungen, Verlauf und Technik der Narkosen. Besonders hervorgehoben werden auch ihre Gefahren und manch praktische Winke in Erkennung und Bekämpfung derselben.

In breiterer Form ist das Buch P.'s angelegt, welches wohl alle jemals versuchten Anästhetika, vom Chloroform bis zur Hypnose und von der gewöhnlichen Cocainisierung bis zur Spinalanalgesie enthält, ihre historische Entwicklung, Anwendungsweise und ihren Wert darlegt. Die einschlägige Literatur ist ausgiebig verwertet und dem Buche sind zehn Seiten Literaturverzeichnis beigefügt. Ist in dem Werke K.'s mehr dem praktischen Bedürfnis Rechnung getragen, so wird dasjenige P.'s mehr beim systematischen Studium der Anästhesierungsfrage Nutzen schaffen. **A. Most** (Breslau).

---

4) **W. N. Spindler.** Ein Fortschritt in der Entwicklung der lokalen Anästhesie.

(Wratschebnaja gaseta 1902. Nr. 14. [Russisch.])

S. erblickt in dem von Trolldenier empfohlenen Akoin einen erheblichen Fortschritt für die Anwendung der Schleich'schen Methode. Er hat zunächst an sich selbst vergleichende Versuche an-

gestellt über die Wirkung des Cocain, Tropacocain, Eukain-β, Akoin, indem er sich von einer 0,1 bezw. 0,2%igen Lösung der genannten Mittel 5 ccm unter die Haut spritzte. Während bei den erstgenannten drei Mitteln die Anästhesie 10—15 Minuten dauerte, hielt sie beim Akoin 45—50 Minuten an, trat aber nicht, wie bei den anderen Mitteln, unmittelbar nach der Injektion ein, sondern etwa nach einer Minute. Akoin ist wesentlich ungiftiger, selbst 0,18 g auf einmal injiziert, machen keine Intoxikation. Akoin besitzt bakterizide Eigenschaften; 1%ige Lösungen bleiben sehr lange steril, in 0,1—0,2%igen Lösungen treten erst nach einigen Wochen Schimmelpilze auf. S. empfiehlt folgendes Rezept zur Anwendung des Akoin: Acoini 0,1—0,2, Natr. chlorat. 0,8, Aqu. dest. 100,0. Unter Anwendung dieser Lösung gelang die Entfernung von tuberkulösen Drüsenpaketen, Mammaamputationen, Amputationen an Extremitäten, Entfernungen trachomatöser Follikel aus der Konjunktiva völlig schmerzlos.

R. Rathcke (Berlin).

---

5) **W. Janowski.** Allgemeine Semiotik des Erbrechens.

Jena, **Gustav Fischer,** 1903. 108 S.

J. bespricht zunächst den allgemeinen Plan zur Untersuchung des Erbrechenden, sodann die diagnostische und prognostische Bedeutung einzelner Merkmale des Brechaktes und des Erbrochenen. Die Bedeutung des Symptoms bei Ileus, Peritonitis (Darmperforationen), ferner bei Pylorusstenosen, sowie nach Magen-Darmoperationen (Circulus vitiosus nach Gastroenterostomien) wird eingehend gewürdigt, ebenso sein diagnostischer Wert bei septischen Prozessen, bei Erkrankungen der Gallenwege etc. Von den letzten Kapiteln des Werkes interessiert besonders die ausführliche Besprechung des Blut- und Kotbrechens.

Mohr (Bielefeld).

---

6) **M. v. Brunn.** Über die Entzündung seröser Häute mit besonderer Berücksichtigung der Rolle der Serosa-Deckzellen.

(Separatabdruck aus Ziegler's Beiträgen Bd. XXX.)

Jena, **Gustav Fischer,** 1901. Mit 1 Taf. und 5 Fig. im Text.

Nach Erörterung der Ansichten verschiedener Autoren über die Serosa-Deckzellen in ihrem Verhalten zur Fibrinauflagerung bezw. Fibrinzwischenlagerung bringt Verf. die Hauptfrage seiner ganzen Untersuchungen, die sich kurz so fassen läßt: 1) Sind Serosa-Deckzellen fähig, Bindegewebe zu liefern? und 2) können sie aus Bindegewebe entstehen? Beide Fragen werden auf Grund von mehreren Tierversuchen und Untersuchungen von Serosaverklebungen der Pleura, des Perikards und des Peritoneums des Menschen verneint. Als wesentlichen Unterschied der Serosa-Deckzellen und der Bindegewebszellen hebt Verf. eine Bildung von feinen Härchen hervor. Hiermit teilt er die Ansicht Ranvier's nicht, sondern bestätigt die Untersuchungen von Kolossow. Die Schlußsätze ergeben, daß

Serosazellen in die Gruppe der Epithelien gehören und niemals aus Bindegewebszellen hervorgehen oder Bindegewebe bilden können. Ebenso hat die Fibrinablagerung mit der Neubildung von Deckzellen nichts zu tun. **Grosse** (Kassel).

---

7) **P. Clairmont** und **H. Haberer.** Über das Verhalten des gesunden und veränderten tierischen Peritoneums.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 45.)

Mehr im Sinne einer vorläufigen Mitteilung berichten Verff. die Ergebnisse ihrer in der v. Eiselsberg'schen Klinik angestellten Versuche über das Verhalten des gesunden und veränderten tierischen Bauchfells.

Sie fassen dieselben in folgenden Schlüssen zusammen:

1) Vermehrte Peristaltik beschleunigt die peritoneale Resorption.

2) Durch einmalige Lufteinblasung in die Bauchhöhle wird die Resorption des Bauchfells nicht verändert.

3) Für die Bauchhöhlenserosa differente, sterile Flüssigkeiten, wie Harn, Darminhalt etc., wirken, intraperitoneal injiziert, im allgemeinen nicht resorptionshemmend. Dasselbe gilt für den nach Darmperforation durch Schuß in die Bauchhöhle ausgetretenen Darminhalt.

4) Im Beginne der Peritonitis ist die Bauchfellresorption beschleunigt, erst in den Endstadien verlangsamt.

5) Nach trockenen Laparotomien ist die Resorption des Peritoneums wesentlich verlangsamt.

6) Durch feuchte Laparotomien werden die peritonealen Resorptionsverhältnisse weit weniger gestört.

7) Die Narkose beeinflußt je nach dem verwendeten Narkotikum die Resorption in verschiedener Weise.

8) Bei Ausschaltung des peritonealen Zwerchfellüberzuges zeigt sich eine hochgradige Verzögerung der Bauchfellresorption.

9) Die Transsudation der Bauchhöhle wird durch Laparotomien nicht wesentlich beeinflußt. **Hübener** (Dresden).

---

8) **M. I. Rostowzew.** Die Rolle der Eingeweidewürmer in der Ätiologie der Perityphlitis.

(Balnitschnaja gaseta Botkin's 1902. Nr. 28 [Russisch.])

Verf. polemisiert gegen Metschnikoff, welcher Darmparasiten eine ätiologische Bedeutung für die Entstehung von Wurmfortsatzerkrankungen zuschreibt (vgl. dieses Zentralblatt 1901 p. 591). Bei 278 Sektionen nicht an Perityphlitis Verstorbener hat R. dreimal im Wurmfortsatz Parasiten gefunden. Einmal einen »ziemlich langen runden Wurm« und zweimal Exemplare von Filaria medinensis. Nur in einem der beiden letzteren Fälle fanden sich Veränderungen am Wurmfortsatze, aber offenbar alter Natur.

Bei 163 Fällen von Perityphlitis wurden in 3 Fällen Parasiten gefunden (Botriocephalus l. und ascaris lumbric.).

Nach R. kommt den Darmparasiten bezw. ihren Eiern nur eine ganz geringe Bedeutung zu in der Ätiologie der Wurmfortsatzentzündung wie den Fremdkörpern überhaupt. **P. Rathcke** (Berlin).

---

9) **S. S. Wirssaladse.** Haben die Würmer eine ätiologische Bedeutung bei der Appendicitis?

(Balnitschnaja gaseta Botkin's 1902. Nr. 29. [Russisch.])

Verf. hat bei 60 Fällen von Perityphlitis, darunter mehrfach rezidivierender, den Stuhl auf das gewissenhafteste auf Parasiten und deren Eier untersucht, ohne jeglichen positiven Befund. Die Wurmtheorie Metschnikoff's gehört nach W. der Vergangenheit an.

P. Rathcke (Berlin).

---

10) **J. Blake.** The diagnostic value of abdominal rigidity.

(New York med. journ. 1903. Januar 3.)

Verf. bespricht die Wichtigkeit des Symptoms der Rigidität der Bauchdecken als eines der frühesten Kennzeichen von schweren Schädigungen am Bauchfell. Er erläutert die Bedeutung des Wahrzeichens an einer Reihe von sehr instruktiven Fällen; 3mal gaben intraabdominelle Blutungen die Ursache zu dem Phänomen; in einem Falle wurde bei der Laparotomie 1 Stunde nach dem Unfall zwar die Hauptquelle der Blutung gefunden, der Kranke starb aber doch, weil auch die Leber eine schwere Schädigung erfahren hatte; interessant ist der dritte Pat., bei welchem durch einen Fall ein Leistenbruch entstanden, welcher sofort zurückgebracht worden war. Wegen der großen fortbestehenden Schmerzen wurde Pat. ins Hospital gebracht; hier wurde allein wegen der Rigidität des Bruches eine intraabdominelle Schädigung angenommen und laparotomiert: es fand sich eine vom Mesenterium ausgegangene Blutung. Der Kranke genas; ebenso genasen zwei Pat., bei denen es zu Austritt von Darminhalt gekommen war, und bei welchen auch die Konstatierung der harten Bauchdecken wichtig war; endlich wurde ein Fall von Ruptur der Blase der Heilung zugeführt, bei dem zwar die Rigidität konstatiert wurde, aber erst der Mangel von Urinentleerung bei eingeführtem Katheter die Laparotomie nötig erscheinen ließ. Bei chronischer Peritonitis kommt die Versteifung der Bauchmuskeln nicht zustande, wohl aber bei diffuser Peritonitis, wie ein geheilter Fall beweist. Mit der Bildung einer Abkapselung schwindet die Ausdehnung der Rigidität, bei sekundären Abszeßbildungen fehlt sie auch in der Regel. Dagegen war sie in einem Falle von Nierenzeiterung vorhanden; da deutliche Zeichen dieser Erkrankung nicht zutage traten, dagegen die Rigidität der Bauchmuskeln klar war, so wurde eine Laparotomie gemacht; erst als das Bauchfell sich frei erwies und die vergrößerte rechte Niere verwachsen gefunden wurde,

wurde letztere nach Schluß der Bauchhöhle von einem Lendenschnitt aus mit Erfolg exstirpiert. Daß aber andererseits Fehlen der Rigidität tatsächlich die Diagnose einer intestinalen Perforation erschüttern muß, beweist ein Fall von Typhus, bei dem sonst alle Zeichen einer intestinalen Perforation (plötzlicher Schmerz, Kollaps, Spannung, Pulsfrequenz etc.) gegeben waren, aber keine Härte der Bauchmuskulatur vorhanden war. Die Laparotomie ergab normale Peritonealverhältnisse. Pat. genas. Diagnostisch am schwierigsten sind Fälle von Entzündungen innerhalb der Brusthöhle, bei welchen manchmal auch Rigidität der Bauchmuskeln vorhanden sein kann. Verf. nennt zwei Fälle von Pleuritis am Zwerchfell, bei denen das Symptom auftrat; es bestand aber dann hauptsächlich in den oberen Partien. Überhaupt muß Lokalisation in dieser Gegend immer zur Vorsicht mahnen; da auch z. B. entzündliche Schwellung der Leber ähnliche Symptome vortäuschen kann.

Scheuer (Berlin).

---

11) **Gross.** Über Ulcus ventriculi traumaticum.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

Nach klinischen Erfahrungen steht fest, daß Traumen der Magengegend zu einem Magengeschwür führen können. Experimentell ist festgestellt, daß stumpfe auf die Magengegend ausgeübte Gewalt Verletzungen am Magen herbeiführen können, ob aber aus diesen Schädigungen des Magens ein chronisches Geschwür entstehen könne, ist bis jetzt experimentell zu beweisen nicht gelungen. Auch G.'s Versuche haben diese Frage der Lösung nicht näher gebracht. Es ist anzunehmen, daß das Trauma nur den ersten Anstoß zur Geschwürsbildung gibt. Damit aber daraus ein chronisches Magengeschwür werde, muß noch eine mangelhafte Heilungstendenz hinzukommen, die bereits dem Träger eigentümlich ist. Ob es sich dabei um chemische oder bakterielle oder um beide Einflüsse handelt, muß zweifelhaft bleiben. G. teilt sodann einen Fall aus der Kieler med. Klinik mit, in welchen aus den klinischen Erscheinungen nach einem Trauma der Magengegend ein Magengeschwür festgestellt werden konnte, das zu Rezidiven führte. In einem zweiten Falle handelte es sich nach den Symptomen wahrscheinlich um eine stärkere Beteiligung der äußeren Schichten des Magens; in einem dritten standen die Symptome einer Magenschleimhautwunde im Vordergrunde, die aber rasch geheilt zu sein scheint; in einem vierten Falle endlich kam eine Blutung aus einem schon vorher bestehenden Magengeschwür durch das Trauma zustande.

Haeckel (Stettin).

---

12) **W. Plönies.** Die Reizungen des Nervus sympathicus und Vagus beim Ulcus ventriculi.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann**, 1902. 54 S.

Durch die beim Magengeschwür eintretende Freilegung der Nervenfasern der Magenwand kommt es zu den verschiedenartigsten

direkten und reflektorischen Vagus- und Sympathikusreizungen, deren diagnostische und therapeutische Bedeutung P. in ausführlicher Darstellung würdigt. Von den Hauptursachen dieser Reizungen, den chemischen, thermischen und mechanischen, sind die letzteren die wichtigsten, u. a. Druck benachbarter Organe (z. B. Hepatoptose), stoßweise Zwerchfellbewegungen (z. B. Fall von Geschwürsperforation während eines heftigen Lachens), Dehnungen des Körpers (z. B. Perforation nach Hinaufschieben einer großen Schachtel in ein Fach), Erschütterungen des Magens bei der Arbeit oder durch eigentliche Traumen. Die Reflexneurosen können, wenn sie in entfernteren Organen auftreten, schwere diagnostische und therapeutische Fehler veranlassen, so z. B. zu Uterus- und Adnexentfernung wegen angeblicher Unterleibserkrankung; so auch in einem Falle von schwerer reflektorischer Trigeminusneuralgie zu Resektion des Nerven ohne Erfolg; erst mit der Heilung des Magengeschwürs schwand die Neuralgie.

Mohr (Bielefeld).

---

13) **Wilms.** Mechanismus der Strangulation des Darmes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

W. konnte in einem Falle, bei welchem über die Hälfte des Darmes von einem straffen, am Mesenterium beiderseits fixierten Strang eingeklemmt war, außer den beiden bei der Operation gefundenen Schnürringen noch drei Schnürringe in dem abführenden Schenkel bei der Sektion deutlich erkennen. Es hatte sich also der Schnürring am zuführenden Schenkel nicht verschoben, dagegen war vom abführenden Schenkel etagenweise Darm hineingeholt worden. Auch experimentell hat Verf. diesen Mechanismus geprüft, in dem er nach Abschnürung der eingeklemmten Schlinge oberhalb des Schnürringes am abführenden Schenkel in diese Partie Wasser injizierte. Jetzt wurde infolge der Ausdehnung der Darm durch den Schnürring nachgezogen.

Hiernach ist der Mechanismus der Strangulation also im wesentlichen durch die Peristaltik der eingeklemmten oder geknickten Schlinge zu erklären, die den abführenden Schenkel soweit in die Strangulation hineinzieht bis die Schnürung absolut fest ist oder bis die Fixation am Blinddarm ein weiteres Folgen des Darmes verhindert.

Borchard (Posen).

---

14) **A. H. Freiberg.** Wolff's law and the functional pathogenesis of deformity.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. Dezember.)

Eine Nachprüfung des Wolff'schen Transformationsgesetzes. Der Vergleich des Oberschenkels mit einem Krahnen leidet bekanntlich an Unvollständigkeit: die Wirkung der Muskelkräfte ist übersehen worden, es ist nur die aufrechte Stellung berücksichtigt, der Troch. major ganz außer Acht gelassen. Zudem dürfte der mathematische

Beweis dafür, daß die Knochenstruktur auf mathematischen Gesetzen beruht, zu den Unmöglichkeiten gehören.

Um einen weiteren Einblick in die Strukturverhältnisse der Knochen und die dabei waltenden Prinzipien zu erhalten, untersuchte F. gleich Zschokke, Schmidt u. a. den Bau hauptsächlich des Oberschenkelknochens bei einigen Wiederkäuern, Fleischfressern und Affen. Die feinen Sägeschnitte sind in Form von Röntgenbildern wiedergegeben. Die sich ergebende große Mannigfaltigkeit in der inneren Knochenstruktur läßt sich kaum mit genauen mathematischen Begriffen, dagegen leicht als eine bewundernswerte Anpassung des Knochenbaues an die Lebensgewohnheiten und die Umgebung der Tiere erklären. Wolff's Lehre wäre demnach dahin einzuschränken, daß äußerer und innerer Knochenbau zwar durch die Funktion bedingt ist, beide aber nicht gegenseitig nach mathematischen Regeln sich beeinflussen.

Zum Schluß folgt eine wohlgelungene röntgographische Gegenüberstellung eines normalen und eines vor Geburt verrenkten Hüftgelenkkopfes von demselben Individuum, welche in deutlichster Weise den Schwund der funktionell nutzlosen, Vermehrung der für die Funktion wichtigen inneren und äußeren Teile des verrenkten Knochens zur Anschauung bringt. Die Veränderung der Struktur ist eine Folge, nicht eine Ursache der Deformität.

Obgleich also das Wolff'sche Gesetz nicht streng mathematisch bewiesen worden ist, so steht es doch mit seinen Folgerungen mit den bisher gemachten Beobachtungen im Einklang; auf unser therapeutisches Handeln wird es keinen wesentlichen Einfluß haben.

Bender (Leipzig).

---

15) **R. T. Taylor.** A discussion of Wolff's law.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. Dezember.)

T. pflichtet Freiberg im wesentlichen bei; der Knochenbau werde zwar größtenteils, aber nicht ausschließlich durch die Funktion bedingt; daneben seien Zug- und Druckwirkungen nicht ganz außer Acht zu lassen. T. nimmt also eine Mittelstellung zwischen Wolff und Volkmann-Hueter ein. Vom therapeutischen Standpunkt aus sei jedoch auf den Wert der Überkorrektion bei Genu valgum und varum, Skoliosen etc., der Überextension bei Pott'schem Buckel, Coxa vara hinzuweisen, da meist an der konkaven Seite der Verkrümmungen die stärkere Knochenapposition stattfinde.

Bender (Leipzig).

---

16) **O. Vulpius.** Über die Arthrodese des paralytischen Schlottergelenkes der Schulter.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Verf. hält es für außerordentlich wichtig, in jenen Fällen von spinaler Kinderlähmung einzugreifen, bei denen nur die Schultermuskulatur primär gelähmt ist, während das Ellbogengelenk einiger-

maßen, Hand und Finger aber normal beweglich geblieben sind. Mittels der Sehnenüberpflanzung sind wegen der anatomischen Lagerungsverhältnisse der in Betracht kommenden Muskeln, Trapezius und Pectoralis zum Ersatz für den Deltoideus, keine wesentlichen Erfolge zu erwarten. Die Apparatbehandlung ist lästig und unvollkommen, und so bleibt als letztes Mittel nur die Arthrodese des Schultergelenkes übrig, welche den Arm mit dem Schulterblatt unbeweglich vereinigt, so daß er alle Bewegungen des Schulterblattes und Schultergürtels mitmachen muß. Voraussetzung ist natürlich, daß die Schultergürtelmuskulatur, besonders der Cucullaris, funktionsfähig sind. Die Literatur über das vorliegende Verfahren ist sehr gering, besonders lobenswerte Erwähnung hat es nirgends erfahren. Da die Erfahrung der einzelnen Chirurgen bei der Seltenheit einer isolierten Schulterlähmung über diesen Gegenstand keine große ist, erregen die 6 Fälle des Verf. um so erhöhtes Interesse, als vier derselben schon Jahre hindurch in Beobachtung stehen. Was die Resultate betrifft, so ist festgestellt, daß die Arthrodese in der Tat eine Verödung des Schultergelenkes, eine wirklich knöcherne Ankylose erzeugen kann. Dieses anatomische Resultat hält V. für die einzig sichere Grundlage eines guten Dauererfolges und verwirft darum eine unvollkommene Ankylosierung, wie z. B. durch die von Wolff vorgeschlagene Arthrorraphie. Das funktionelle Resultat ist in günstigen Fällen geradezu überraschend: Der jahrelang schlaff herabhängende Arm kann nach vorn, nach hinten und nach der Seite gehoben werden; die Hand kann nach Gegenständen greifen, die sich in Schulterhöhe befinden, während sie vorher durch die Hilfe des gesunden Armes dahin geführt werden mußte; auch kann sie zum Mund gebracht werden. Eine Wachstumsverkürzung durch die Arthrodese hat Verf. nicht beobachtet, ja er sah geradezu das Gegenteil, d. h. eine Verringerung des Längenunterschiedes beider Arme eintreten. Vor Ablauf eines Jahres nach Eintritt der Lähmung soll die Operation nicht ausgeführt werden, da erst nach dieser Zeit eine Besserung der Beweglichkeit durch Massage, Elektrizität etc. nicht mehr zu erwarten steht. — Bei der Ausführung der Operation ist ein Längsschnitt vorzuziehen. Zur Verödung des Gelenkes trägt die Exstirpation der Kapsel und ihre Wundmachung mittels scharfen Löffels bei. Der Knorpelüberzug des Oberarmskopfes und der Pfanne wird abgeschält oder abgeschabt, die Unterfläche des Akromion und die Spitze des Proc. coracoideus abgekratzt. Dann werden zwei sich kreuzende Silberdrähte durch das Akromion und die Cavitas glenoidalis oder das Coracoid gelegt. Der Arm wird 10 Wochen bis 3 Monate lang im Gipsverband bei rechtwinkliger Ellbogenstellung fixiert. Danach soll noch 2—3 Monate lang ein Hülsenapparat getragen werden. Er wird nur zur Vornahme von Massage und Gymnastik abgenommen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

17) **Clamann.** Verband der dislozierten Phalangealfraktur.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 4.)

Der gebrochene Finger wird über eine volar eingelegte feste Bindenrolle gebeugt und durch einen Heftpflasterstreifen, der an seinen beiden Enden geschlitzt ist, fixiert, daß das eine geschlitzte Ende das Handgelenk umgreift, während das andere um die Rolle herum von der Nagelphalanx des stark gebeugten Fingers zum Handrücken geht. Der ungeteilte Heftpflasterstreifen verläuft auf dem Fingerrücken und kann entsprechend den Fingergelenken kleine Ausschnitte tragen. **Borchard** (Posen).

18) **A. v. Bergmann.** Zur Freilegung des Hüftgelenks durch den Larghi'schen Bogenschnitt.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Durch 50 Fälle von partieller und totaler Resektion des Darmbeins zum Teil in Verbindung mit der Resektion des erkrankten Hüftgelenks ist v. B. zur Überzeugung gelangt, daß eine Freilegung des Hüftgelenks durch Ablösung des Larghi'schen Lappens das Gelenk sehr übersichtlich freilegt. Die funktionellen Resultate sind ebenfalls vorzügliche. Deshalb ist diese Schnittführung auch für Eingriffe bei veralteten Hüftverrenkungen, sei es traumatischer, sei es angeborener, zu empfehlen. Der Larghi'sche Schnitt umkreist das Darmbein unterhalb der äußeren Lefze von der Spina posterior bis zur Spina anterior. Im Bereich des ganzen großen Lappens werden nur der M. glutaeus maximus, medius und minimus von ihren Ansatzstellen abgelöst. Das Periost wird bis zur Incisura ischiadica geschont, erst von da an soll es mit dem Weichteillappen abgelöst werden. Dadurch wird eine Verletzung der Art. glutaea super. vermieden. Die Brauchbarkeit des Verfahrens wird durch die Kranken- und Operationsgeschichte einer 22jährigen Pat. mit angeborener Hüftverrenkung bewiesen, und Verf. empfiehlt nach diesem gelungenen Beispiel den Larghi'schen Schnitt trotz seiner Größe als den schonendsten, der auch für die blutige Reposition jüngerer Individuen ratsam erscheint, zumal die Wundheilung keine Störungen zu gewärtigen hat. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

19) **v. Mangoldt.** Zur Behandlung der Knochenhöhlen in der Tibia.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Verf. veröffentlicht in vorliegender Arbeit seine bei Behandlung von Knochenhöhlen des Schienbeins erzielten operativen Erfolge. Er hebt den außerordentlichen Wert der Skiaskopie hervor, welche, über Sitz und Ausdehnung der Knochenhöhlen orientierend, uns von vornherein in den Stand setzt, einen bestimmten Operationsplan bezüglich Schnittführung und Lappenbildung einzurichten. Ferner scheint ihm der Umstand noch zu wenig gewürdigt zu werden, daß

die Hauttransplantationen für die Ausheilung großer, nur schwer zu schließender Knochenhöhlen eine nicht geringe Bedeutung besitzen, da man durch dieselben in kurzer Frist selbst große Hohlräume überhäuten kann. Zur Ausheilung von Knochenhöhlen in der Tibiadiaphyse ist nach v. M. von Plombierungen und osteoplastischen Füllungen bei größeren Defekten nicht viel Gutes zu erwarten; auch hat er sich nicht zu dem eingreifenden Verfahren von af Schultén entschließen können, da es in septischen Höhlen nicht unbedenklich ist. Er wendet Thiersch'sche Transplantationen, event. auch Epithelaussaat an. Bei Höhlenbildung in der Epiphyse erscheint ihm als das beste Verfahren die Haut-Periostlappeneinstülpung in Zungenform nach Neuber oder in viereckiger Form. Während nach Hauttransplantationen die Knochenhöhlen fortzubestehen pflegen und sich im großen und ganzen auch im Laufe der Jahre wenig verkleinern, verschwinden bei Hineinschlagen von Haut-Periostlappen in die Epiphysenhöhlen diese mehr und mehr durch neue Knochenanlagerung. Je nach Tiefe und Ausdehnung der Höhlen sind aber Monate oder Jahre erforderlich, bis die Verknöcherung vollständig wird. Für lange Zeit sind noch im Röntgenbild die Stellen der ursprünglichen Höhlen im Knochen durch ihre geringere Dichtigkeit in der Struktur erkennbar. Der Arbeit sind sehr ausführliche Krankengeschichten mit erläuternden und kritischen Bemerkungen beigefügt, welche die vorstehenden theoretischen Erörterungen bestätigen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

20) **Heusner.** Über die Entstehung und Behandlung des Hohlfußes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Der Hohlfuß ist nach H.'s Ansicht eine Spielart des Klumpfußes und muß auf die nämliche Entstehungsursache wie jener zurückgeführt werden. Den angeborenen Klumpfuß sieht er als eine in die 6.—8. Lebenswoche zurückreichende Hemmungsbildung an, welche durch Verengung der Schwanzkappe des Amnion im Zusammenwirken mit einem starken physiologischen Nabelbruch entsteht, indem dadurch die natürliche Entwicklung des noch weichen Fußskeletts mechanisch behindert und im Sinne der Klumpfußbildung beeinflußt wird. Eine ähnliche Entstehungszeit und Ursache nimmt er auch für den Hohlfuß in Anspruch. An einem genauer beschriebenen Falle und an der Hand von Zeichnungen erläutert Verf. die Therapie und Apparatbehandlung des Leidens, welches bei dem geschilderten Pat. zu einem schönen Erfolg geführt hat. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

21) **F. Petersen.** Zum Mechanismus des Plattfußes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 1 u. 2.)

Beim Feststellen des Fußes auf den Boden findet, wie dies Verf. genau erörtert, im eigentlichen Fußgelenk eine Beugung, im Sprung-

Fersenbeingelenk eine Pronation, im Chopart'schen Gelenk eine Reflexion und eine Abduktion statt. Der Plattfuß ist einfach eine Feststellung des Fußes in äußerster physiologischer Stellung des Gelenkes oder in einer Stellung, die über die physiolgischen Grenzen hinausgegangen und demnach als eine Subluxation, und zwar als Distensionsluxation im Sinne Volkmann's aufzufassen ist. Im Unterschenkel-Sprungbeingelenk besteht eine starke Flexionsstellung, die so stark werden kann, daß durch den Druck des hinteren Schienbeinrandes auf die hintere Grenze der Talusrolle ein Reiz ausgeübt wird, der zu Knochenwucherungen führen kann. Infolge dieser Beugestellung berührt das Fersenbein auch mit seinem vorderen Fortsatz den Fußboden und wendet sich die vordere Fläche des Sprungbeinkopfes mehr nach unten als nach vorn, so daß ein Pes flexus entsteht. Das Fersenbein dreht sich so stark, daß die äußere Fläche etwas nach oben sieht. Sie wird dabei der Spitze des Malleolus externus so weit genähert, daß schließlich eine Berührung dieser beiden Knochen stattfindet, sich zwischen ihnen ein vollkommenes Gelenk bildet und ein Pes pronatus zustande kommt. Wenn der hintere Abschnitt des Fußgewölbes, bestehend aus Fersenbein und Talus, nach unten gedrückt wird, der vordere Teil des Bodens wegen diese Bewegung nicht mitmachen kann, sondern zurückgedrückt wird, so wird der Bogen da wo die Knochen beweglich miteinander verbunden sind, d. h. im Chopart'schen Gelenk, gestreckt und es gibt einen Pes reflexus. Das Köpfchen des ersten Mittelfußknochens entfernt sich unter den geschilderten Einflüssen von dem Fersenbeinhöcker und der innere Fußrand wird verlängert. Da sich am äußeren Fußrand dieser Vorgang nicht abspielt, oder wenigstens nicht in dem Maße, daß es ins Gewicht fällt, so muß notwenigerweise eine Abweichung des vorderen Teiles des Fußes nach außen stattfinden: Pes abductus. Auch diese Abduktion kann nur im Chopart'schen Gelenk stattfinden, da hier einzig und allein die Verbindung eine bewegliche ist; denn Os naviculare, Ossa cuneiformia und Mittelfuß nebst Würfelbein bilden ein starres Ganze. Mit diesen pathologischen Stellungen der einzelnen Gelenke sind anatomische Veränderungen der Knochen und Bänder notwendigerweise verknüpft. Eine Reihe näher genannter Bänder werden gedehnt; wo die Knochen von einem unmittelbaren Druck betroffen sind, tritt ein Schwund derselben ein, wo ein Zug auf sie ausgeübt wird, entsteht eine Verlängerung. In unmittelbarer Umgebung der Druckstellen kommen Knochenwucherungen zustande. Wo eine Berührung von Knochen eintritt, gibt es frische Überknorpelungen. Nach den Photographien des Verf. besteht die Druckatrophie trotz Jul. Wolff zu Recht. Ein Plattfuß muß entstehen, wenn bei normalem Verhalten des Fußes die Last zu groß wird, oder wenn Knochen und Bänder, sowie die Muskeln den an sie gestellten Anforderungen nicht mehr gerecht werden können. Dies ist am meisten in der Kindheit infolge der Rachitis und in dem Pubertätsalter der Fall, wo stärkere Anforderungen an



die Muskeln gestellt werden, so daß diese leicht ermüden und dafür die Bänder stärker in Anspruch genommen werden. Die klinischen Erscheinungen ergeben sich von selbst aus dem anatomischen Verhalten. Am hervorstechendsten sind die Schmerzen in der Umgebung und unter der Spitze des äußeren Knöchels, wo durch die Annäherung der Knochen aneinander Peroneussehnen in die Klemme kommen, so daß eine Reflexkontraktur der Mm. peronei entsteht. Der Arbeit sind zahlreiche das Verständnis erleichternde Zeichnungen und Schemata beigegeben. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der chirurgischen Privatklinik des Herrn Dr. Karewski.)

Über einen Fall von Thorax-Lungenschrumpfung infolge subkutaner Rippenfraktur.

Von

Dr. **Philipsthal.**

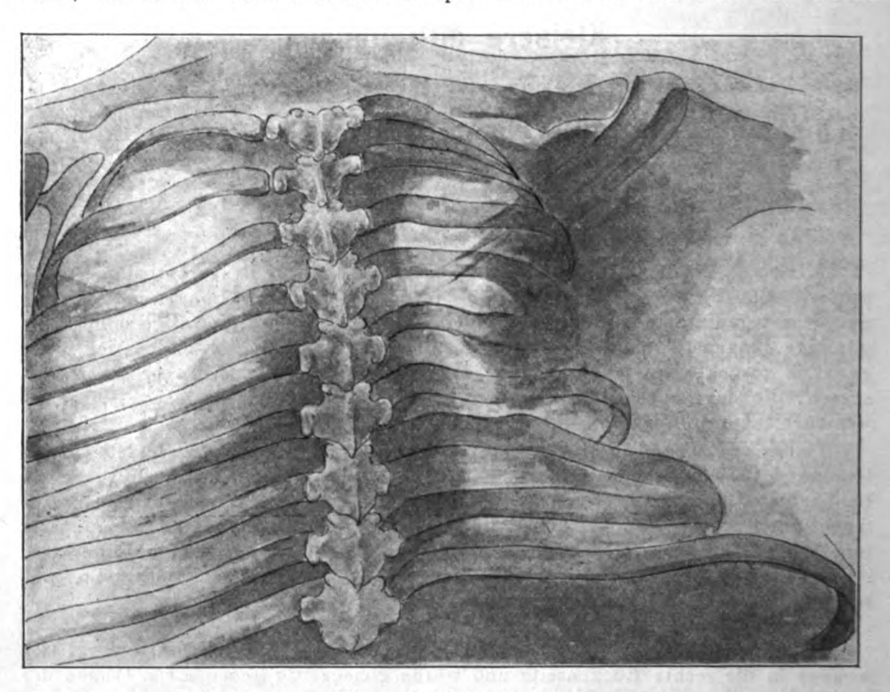
Verletzungen der Pleura und der Lunge durch schwere Brustkontusionen ohne perforierende Verwundung des Thorax bieten, sofern nicht Lunge und Herz so gewaltig beteiligt sind, daß alsbaldiger Tod die Folge ist, im allgemeinen eine günstige Prognose. Hautemphysem, Pneumo- und Hämothorax bilden sich meist gänzlich zurück, nur selten kommt es zu pneumonischen oder gangränösen Prozessen, die das Leben gefährden, und noch rarer sind die Fälle von sicher erwiesener tuberkulöser Infiltration der Lunge als Folge eines Traumas.

Ganz abweichend von dem gewöhnlichen Verlaufe subkutaner Lungen-Pleuraverletzung gestaltete sich das Bild bei einem in der Klinik des Herrn Dr. Karewski beobachteten Kranken. Trotzdem auch hier die ursprünglich sehr schwere Beeinträchtigung von Pleura und Lunge, die sich in Hämopneumothorax, Hautemphysem und Bluthusten äußerte, ohne alle Komplikationen zu einem guten Ende kam, ist der Kranke infolge von Rétrécissement thoracique mit hochgradiger Lungenschrumpfung dauernd invalide geworden.

Die Krankengeschichte ist folgende:

Pat. erhielt am 14. November 1901 einen Stoß von der Deichsel eines Lastwagens in die rechte Rückenseite und wurde gleichzeitig gegen einen Wagen der Straßenbahn gequetscht. Er wurde bewußtlos nach Hause gebracht, wo sich sogleich starke Schmerzen in der rechten Brustseite, heftige Atemnot und Bluthusten einstellten. Bei der Untersuchung fand sich ein die ganze rechte Körperhälfte vom Becken bis zum Kopfe einnehmendes Hautemphysem. Von der Spitze der rechten Skapula bis zur 10. Rippe hinunter besteht eine tiefe Einsenkung; daselbst Krepitation von zahlreichen Rippenbrüchen. Die Atmung ist sehr frequent und oberflächlich und verursacht große Schmerzen in der rechten Seite. Die rechte Thoraxhälfte atmet nicht mit. Der Perkussionsschall ist links überall voll und laut, rechts tympanitisch, in den unteren Partien gedämpft. Atemgeräusch links normal, rechts nicht vorhanden. Herzdämpfung in den gewöhnlichen Grenzen. Die Leber steht tief, so daß sie unter dem Rippenbogen gut palpabel ist. Pat. hustet viel und zähes, blutiges Sputum aus, ohne daß eine eigentliche Hämoptoë eingetreten wäre. Puls kräftig, 120. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Therapie: Bettruhe, Morphium, Heftpflastereinwicklung der rechten Thoraxhälfte. Bis zum 10. Tage verschwindet allmählich das Hautemphysem. Die dyspnoischen Beschwerden bleiben bestehen. Pat. hustet dauernd, muß stets sitzen. Das Sputum ist fast rein schleimig mit sehr geringen blutigen Beimischungen.

Die Temperatur ist nie über 37,2 abends gestiegen. Es hat sich eine kolossale Sugillation der rechten Körperhälfte gebildet, die von der Supraklavikulargrube bis zum Knie reicht. Am 20. Tage Abnahme des Verbandes. Der Pneumothorax ist völlig resorbiert. Der Klopfschall ist jetzt rechts oben ziemlich voll, unten besteht eine ca. handbreite Dämpfungszone, die dem vorhandenen Hämothorax entspricht. Das Atemgeräusch ist oben vesikulär, über der Dämpfung aufgehoben. Temperatur dauernd um 36,5. Die Inspiration verursacht große Schmerzen in der rechten Seite. In der 4. Woche macht Pat. die ersten Gehversuche, jedoch tritt schon bei der geringsten Anstrengung bis zu Erstickungsanfällen sich steigernde Dyspnoë auf. Bei der Entlassung am 9. Dezember ist der Status folgender. An der Stelle der Rippenfraktur ist eine tiefe Delle vorhanden, die auf Druck sehr schmerzhaft ist. Dis rechte Thoraxhälfte hat einen geringeren Umfang als die linke, nur in den unteren Partien entspricht sie der anderen Seite. Sie atmet



Zertrümmerung der rechten Thoraxhälfte mit Lungenzerreißung unter starker Deformierung und mit Lungenschrumpfung geheilt. Zeichnung nach Radiogramm. Zahlreiche knöcherne Verwachsungen der mit Dislokation geheilten Rippen. Verdichtung des Lungenschattens.

auch nur in geringer Ausdehnung mit. Der Perkussionsschall ist über der Spitze und vorn zwischen Mammillar- und Sternallinie voll und laut, hinten dumpf und von der 7. Rippe abwärts ausgesprochen gedämpft. Das Atemgeräusch ist rechts hinten oben abgeschwächtes Vesikuläratmen, unten nicht zu hören. Herz in normalen Grenzen, von guter Funktion. Die Lebergrenze erreicht kaum den Rippenbogen. Pat. kann einige Schritte gehen, jedoch nicht einmal eine Stufe steigen, ohne die heftigste Atemnot zu bekommen. Im Laufe der nächsten Monate bildet sich ein unzweifelhaftes Vol. pulm. auct. der linken Seite aus, während die rechte nicht im geringsten Form oder Umfang verändert. Ebenso bleiben die subjektiven Beschwerden: Schmerzen und Dyspnoë, dauernd bestehen. Ende Dezember 1902 ist der objektive Befund fast der gleiche wie ein Jahr zuvor. Die Wölbung des Thorax ist rechts, besonders hinten und seitlich, erheblich abgeflacht. Der

Umfang beträgt in der Höhe des Skapularwinkels rechts 3 cm weniger als links. Beim Atemholen bleibt die rechte Seite deutlich und auffällig zurück. Der Klopfschall ist über der rechten Spitze voll und laut. Die Dämpfung beginnt vorn in Höhe der 4., hinten in Höhe der 7. Rippe und geht in die Leberdämpfung unmittelbar über. Das Atemgeräusch ist über der Spitze vesikulär, weiter unten abgeschwächt, über den gedämpften Partien nicht zu hören. Die linke Lunge bietet die Erscheinungen des Emphysems dar. Husten und Auswurf nicht vorhanden. Ein um diese Zeit aufgenommenes Röntgenbild zeigt die Frakturen der 3.—6. Rippe. Die betreffenden Rippen sind untereinander durch knöcherne Brücken verbunden.

Wir haben also einen Fall vor uns, in dem die Zertrümmerung des Thorax mit Lungenzerreißung zunächst zu den allerbedrohlichsten Erscheinungen geführt hatte. Trotzdem nun alle Komplikationen entzündlicher Natur fernblieben, ist doch der Endausgang derartig ungünstig geworden, daß Pat. als dauernd erwerbsunfähig bezeichnet werden muß. Von der rechten Lunge ist nur noch ein kleiner Teil für die Atmung brauchbar, die rechte Thoraxhälfte ist wesentlich verkleinert und überdies durch weitreichende Verwachsungen der vielfach frakturierten Rippen in ihrer Beweglichkeit derart behindert, daß auch nur mäßige Anstrengung Atemnot hervorruft.

Es fragt sich nun, auf welche Vorgänge die an der verletzten Lunge beobachteten Erscheinungen zurückzuführen sind. Zunächst war natürlich, so lange die Pleurahöhle mit Luft und Blut angefüllt war, das gesamte Lungengewebe atelektatisch. Mit dem Verschwinden des Hämopneumothorax zeigte sich jedoch, daß nur die Spitze der Lunge wieder funktionsfähig wurde, während über den unteren Partien die Dämpfung dauernd bestehen blieb und ein Atemgeräusch nicht mehr gehört werden konnte. An diesem Zustande hat sich im Laufe eines Jahres nichts geändert. Es ist also der gesamte untere Lungenlappen in ein festes, funktionsunfähiges, luftleeres Gewebe verwandelt worden. Eine chronisch pneumonische Infiltration kann man mit Sicherheit ausschließen: Es ist niemals die geringste Temperatursteigerung dagewesen, niemals sind auskultatorisch katarrhalische Erscheinungen wahrgenommen worden, noch hat je das Sputum pneumonische Beschaffenheit gezeigt. Offenbar hat die Verletzung nicht nur zu einem Blutergusse in die Pleurahöhle, sondern auch zu einer blutigen Durchtränkung der unteren Partien der Lunge selbst geführt. Solche Hämorrhagien ins Lungengewebe nach Thoraxkontusionen sind mehrfach bei Sektionen gefunden worden. Im allgemeinen wird das Blut in kurzer Zeit resorbiert, ohne daß Funktionsstörungen zurückbleiben. Hier ist es jedoch nicht zur Resorption, sondern zur Organisation der Blutmassen gekommen, und wir haben demnach an Stelle des unteren Lungenlappens eine ausgedehnte Narbe vor uns. Der Prozeß entspricht der narbigen Schrumpfung hämorrhagischer Lungeninfarkte, als Ausgang einer traumatischen Affektion ist er jedoch ein ganz ungewöhnliches Vorkommnis.

---

22) **Bonnette.** Blessure mortelle de l'abdomen par coup de feu à blanc (fusil modèle 1874).

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1902. Nr. 10.)

Verf. bespricht einen Fall von Schußverletzung durch Platzpatrone aus nächster Nähe (etwa 10 cm Entfernung). Getroffen war das linke Hypogastrium 10 cm unterhalb der Brustwarze, wo sich eine Einschußöffnung von 2 cm im Durchmesser befand, eine Ausschußöffnung fehlte. 5 Stunden nach der Verletzung starb der Verwundete während der Vorbereitungen zur Laparotomie. Die Leichenöffnung ergab ein 5-francsstückgroßes Loch des Netzes und des Colon transversum an seiner vorderen und hinteren Fläche; in der Flexura sigmoidea, und zwar nur in der vorderen Wand, wurde ein 2-francsstückgroßes Loch angetroffen. In der Bauchhöhle etwa 2 Liter Blut.

Verf. hat dann aus einer Entfernung von 3—50 cm Schießversuche mit Platzpatronen auf Kürbisse von 92 cm Umfang angestellt. In einer Entfernung von

3—35 cm zeigten hierbei die Kürbisse völlige Durchbohrung der getroffenen Wand mit mehrfachen Fissuren, während auf eine Entfernung von 35—50 cm nur Quetschungen der Wand vorhanden waren. Aus diesen Versuchen geht hervor, daß bei Verletzungen weicher Teile durch Platzpatronen ähnliche Zerstörungen zu erwarten sind. Die feinen Teile der Pappe und des Pulvers, außerdem die durch Pulvergase nach vorn getriebene komprimierte Luft sind die Ursachen der Zerstörungen von Weichteilen und der Knochenbrüche, welche durch Schüsse von Platzpatronen aus nächster Nähe hervorgerufen werden. **Herhold** (Altona).

23) Borchgrevink. Fall von anatomisch nachgewiesener Spontanheilung der tuberkulösen Peritonitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 3.)

Verf. ist der Ansicht, daß eine spärliche Tuberkelaussaat auf das Bauchfell bei relativ kräftigen Personen eine leichte und rasch heilende Erkrankung hervorruft, während sie bei Tuberkulösen kein entscheidendes Plus der Krankheit zuzuführen braucht, ferner daß die tuberkulöse Peritonitis bloß bei einer quantitativ heftigen Infektion des Bauchfelles oder bei geringer Widerstandsfähigkeit des Kranken oder aber bei Zusammenwirken dieser beiden Momente zum Tode führt. In dem mitgeteilten Falle war eine tuberkulöse Peritonitis durch Tierexperiment sichergestellt. Bei der Sektion fanden sich bindegewebige Verwachsungen und Verdickungen des Bauchfelles, aber keine Spur einer tuberkulösen Erkrankung. Es ist also die Spontanheilung einer tuberkulösen Peritonitis in dem Falle sicher nachgewiesen. **Borchard** (Posen).

24) Rammstedt. Oxyuris vermicularis als Ursache akuter Appendicitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 51.)

Der resezierte Wurmfortsatz war 8 cm lang, dunkelrot, machte einen starren, erigierten Eindruck. Das umgebende Bauchfell sowie die angrenzenden Darmschlingen waren ebenfalls gerötet. Kein Eiter. Am zentralen Ende des Proc. vermiformis füllte ein dicker Knäuel lebhaft beweglicher Oxyuren die Lichtung, während zahlreiche kleinere Haufen derselben sich auch in anderen Teilen des Wurmfortsatzes fanden. **Borchard** (Posen).

25) Kohlhaas. Die Atropinbehandlung des Ileus.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1903. Januar 17.)

Verf. hat in 5 Fällen von Ileus Atropin mit gutem Erfolge gegeben, bei Erwachsenen 1,5 mg 2mal, bei Kindern 1/2 mg. Es handelte sich in keinem Falle um eine einfache Koprostase, sondern einige Male wohl um spastisch-paralytischen Ileus; die betreffenden Pat. waren bereits in sehr schlechtem Allgemeinzustande. Bei 2 Kindern von 4 und 6 Jahren, welche 3 Tage mit schwersten Ileuserscheinungen dagelegen hatten (Operation verweigert), schien eine Invagination vorzuliegen. Der letzte Fall war ein Ileus im Verlaufe einer tuberkulösen Peritonitis. Der Erfolg war immer ein prompter, sämtliche Kranke genasen.

Verf. empfiehlt das Atropin für die spastisch-paralytische Form des Ileus unter allen Umständen; ist die Diagnose über die Form des Ileus unsicher, so bleibt, wenn die Atropinwirkung nicht nach einigen Stunden eintritt, immer noch die Laparotomie. Auch bei der Invagination und der eingeklemmten Hernie wäre eine Wirkung nicht ausgeschlossen (Krampfstillung, Verengerung der Mesenterialgefäße, Verminderung der Darmsekretion). Jedoch darf die Herniotomie deshalb unter keinen Umständen verzögert werden; man darf höchstens bei anscheinend leichter Einklemmung an Stelle der Taxis einen kurzen Versuch mit Atropin machen. **Mohr** (Bielefeld).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 17. **Sonnabend, den 25. April.** **1903.**

I.

Rationelle Methode zur Fixierung der Wanderniere in einer relativ normalen Position.

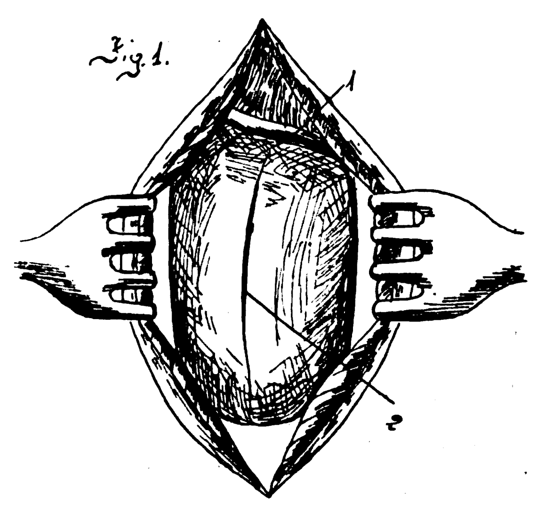
Von
Prof. **Giuseppe Ruggi,**
Direktor der chirurgischen Klinik in Modena.

Es ist bekannt, daß seit dem Jahre 1881, seit der Zeit, wo Hahn die Fixierung der Wanderniere als Ersatz der von Martin im Jahre 1878 ausgeführten Nephrektomie vorschlug, verschiedene Methoden und Operationsweisen von den Chirurgen ausgedacht wurden, und ist hieraus zu ersehen, daß bis jetzt diesbezüglich eine feststehende Methode nicht gefunden worden ist. Die bestehenden Schwierigkeiten hängen meiner Ansicht nach zum Teil von der

Brüchigkeit des Organs ab, zum Teil von der Disposition und der besonderen Resistenz der Gebilde, die es umgeben; zum Teil von der anatomischen Konstitution der Wand, an der die Niere normal befestigt werden soll.

In Anbetracht dessen also, daß die verschiedenen und wichtigsten Methoden und Operationsweisen, sowohl auf dem lumbalen, als auch auf dem paraabdominalen Wege, nicht dem entsprechen, was die Chirurgen seit langer Zeit beabsichtigen, möchte ich vor allem die nachstehenden Grundsätze formulieren, die ich zur Ausführung einer normal zu nennenden Nephropexie für unerläßlich halte. Es sind dies die folgenden:

1) Die verschobene Niere muß in eine der Höhe und der Richtung nach relativ normale Lage gebracht werden.



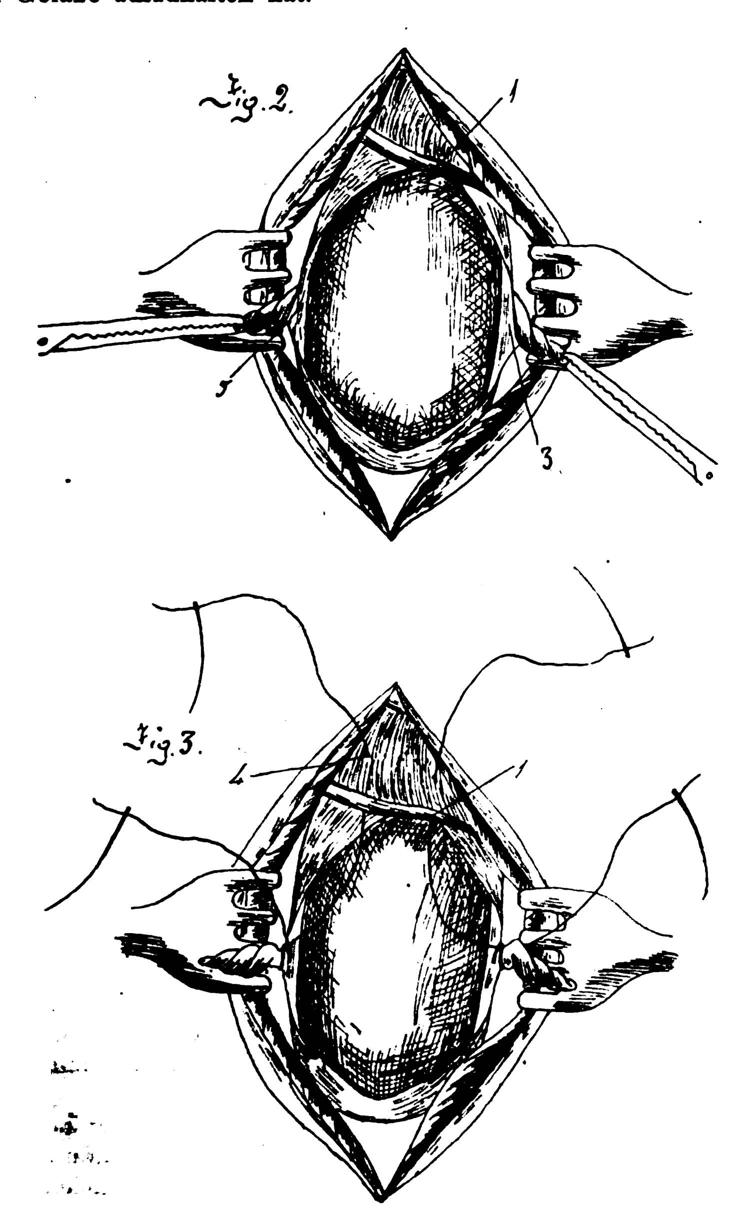
1 Letzte Rippe
2 Einschnitt in die fibröse Kapsel.
3 Zweiseitiges Ablösen und Aufrollen der Kapsel.
4 und *4'* Durchzug der Katgutfäden, die an den Stielen befestigt sind und durch den interkostalen Zwischenraum geführt werden.
5 Verknüpfung der durch den interkostalen Zwischenraum geführten Fäden.
6 Zuckerkandl'sche Fascie, die unter und hinter dem unteren Pol der Niere durchgeführt, und am oberen Teil des inneren rückwärtigen Randes der Wunde befestigt wird.

2) Die Niere muß derart am Brustkorbe fixiert werden, daß sie von demselben in entsprechender Weise geschützt werden kann.

3) Die Niere darf durch den operativen Eingriff in keiner Weise geschädigt oder auch nur leicht in ihrer inneren anatomischen Struktur verletzt werden.

4) Die Operation muß mit solcher Sorgfalt vorbereitet und durchgeführt werden, daß alle Bedingungen für die Möglichkeit einer Heilung ohne Eiterung gegeben sind.

5) **Die Niere muß in der ihr angewiesenen Gegend so fixiert werden, daß sie keinerlei Druck und keine Zerrung ihrer Nerven und Gefäße auszuhalten hat.**



Diesen Grundsätzen würde meine Methode, die aus zwei Verfahren besteht, entsprechen. In beiden Verfahren ist die Inzision eine lumbokostale, wie im Verfahren Hahn's und seiner Nachfolger, mit dem einen Unterschied jedoch, daß ich den Schnitt, der gewöhn-

lich von der 11. Rippe bis zur Crista iliaca geführt wird, etwas über dieselbe hin ausdehne (wie auch Czerny verfährt), um mehr Raum zu gewinnen.

Nachdem das pararenale Gewebe aufgedeckt ist, entferne ich es, besonders gegen die lumbokostale Wand zu. Dann schneide ich die Fascia renalis nach rückwärts gegen die sog. Zuckerkandl'sche Fascie zu ein. Nun entferne ich die Capsula adiposa so viel als möglich, wobei ich ganz besonders auf die Blutstillung Rücksicht nehme. Die Niere wird in die abdominal-lumbale Wunde gedrängt, am konvexen Rand die sie umhüllende Tunica fibrosa eingeschnitten und

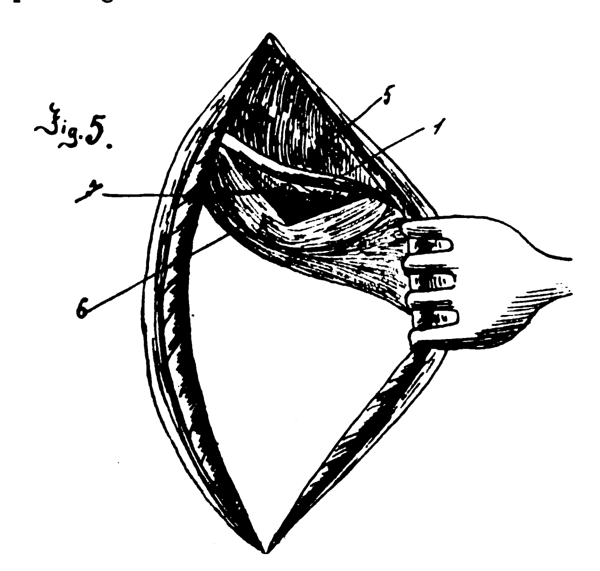


diese bald auf beiden Seiten, bald nur auf einer Seite abgelöst. Im letzteren Falle wähle ich gewöhnlich die hintere Seite, um sie an der entsprechenden abdominalen Wand unter dem kostalen Bogen anzuheften. Bis hierher bringt meine Methode nichts anderes, als was früher auch geschehen ist.

Da ich jedoch in der Praxis und auch am Kadaver konstatiert habe, daß die fibröse Kapsel der Niere künstlich präpariert werden muß, um gegenüber dem Zug die nötige Resistenz darzubieten, habe ich versucht, den einen oder beide in vertikaler Richtung losgelöste Teile in der Längsrichtung der Niere aufzurollen, um so je nach Bedarf eine oder zwei Stiele zu bilden, die unterbunden und durch einen Stich festgehalten werden und so der Dehnung einen kräftigen Widerstand entgegenstellen können. In der Tat habe ich bei den

an gut erhaltenen Leichen ausgeführten Proben konstatieren können, daß diese Resistenz zwischen 800—1200 g schwankt.

Ich wende die einseitige Ablösung der Tunica fibrosa, d. h. die des rückwärtigen Teiles in einfachen Fällen an; dagegen bediene ich mich der zweiseitigen Ablösung in jenen Fällen, wo die Verschiebung eine bedeutendere ist und wo mir deshalb eine energischere und ausgedehntere Fixierung der Niere geboten erscheint. In jedem Falle beschränke ich die Ablösung der Tunica fibrosa auf die Hälfte oder wenig mehr der Außenseite der operierten Niere. Wenn die Ablösung auf beiden Seiten geschieht, so erscheint die Niere gleichsam in einer durch die abgelösten Teile der Kapsel gebildeten Hängematte aufgehängt; die beiden Pole des Organs verhindern eine völlige Dekapsulation, die sonst infolge der an den Stielen ausgeübten Spannung eintreten könnte.



Im Verfahren mit zweiseitiger Ablösung führe ich die Fäden (je zwei auf einer Seite) durch den Interkostalraum zwischen der 11. und 12. Rippe durch, indem ich die des hinteren Teiles des Organs etwas mehr rückwärts, die beiden Fäden des vorderen Teiles etwas mehr vorn befestige. Die rückwärtige Befestigung entspricht ungefähr der Vereinigung des äußeren mit dem mittleren Drittel der 12. Rippe.

Bei dem Verfahren mit nur einem losgelösten Teile ziehe ich die an der fibrösen Kapsel angebrachten Fäden zwischen der 11. und 12. Rippe durch, an der rückwärtigen der oben angegebenen Stellen.

Ich habe auch an ein Aufrollen des kapsulären Teiles in querer Richtung gedacht, besonders in Fällen, wo es sich um eine einseitige rückwärtige Befestigung handelte, habe aber gesehen, daß diese Methode der erstgenannten nachsteht.

Ich wende außerdem in beiden Fällen eine weitere Praxis an, welche die Fixierung der Niere in einer der beiden eben aufgeführten Weisen noch besonders sichert. Ich bediene mich nämlich der Zuckerkandl'schen Aponeurose, um am unteren Pol der Niere einen sicheren Halt zu gewinnen, der von der entsprechend präparierten Aponeurose selbst gegeben wird; ich führe dieselbe hinter und unter dem bezeichneten unteren Pol der Niere durch und befestige sie mit starkem Katgut an der oberen inneren Seite des rückwärtigen Randes der Wunde.

Vor Schluß der Wunde führt man in deren unteren Teil eine kapillare Drainage ein, die man bei dem ersten Verband entfernt.

II.

(Aus dem S. Giovanni-Hospital in Turin.)

Verschließung von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Metallplatten.

Von

Primararzt Dr. Z. Isnardi,

Privatdozent für Chirurgie.

Witzel in Bonn (Zentralblatt für Chirurgie 1900 Nr. 10 u. 17) und Goepel in Leipzig (Zentralblatt für Chirurgie 1900 Nr. 17) empfahlen, Bauchwunden und Bruchpforten durch Silberdrahtnetze zu verschließen. Seit 1890, in welchem Jahre Trendelenburg einen Fall mitteilte, in welchem er eine Bruchpforte durch eine Knochenscheibe verschlossen hatte, verwende ich solche fremde Materialien zu dem gleichen Zwecke, doch weicht die von mir befolgte Technik von jener der genannten Autoren ab. Sie legen die Drahtnetze entweder zwischen die Ränder der Bruchpforte (Witzel) oder auf die Außenseite der Bruchpforte, d. h. zwischen die Aponeurose-Muskelschicht und die Bauchhaut (Goepel); ich dagegen lege die von mir verwendete Platte direkt aufs Peritoneum auf.

Handelt es sich um Nabel- oder Bauchnarbenbrüche, so trenne ich den Bruchsack sorgfältig von der Narbenkontour los, unterbinde und versenke ihn. Hierauf präpariere ich mit dem eine Gummihülle tragenden Zeigefinger das Peritoneum rund herum ab, so den Bruchsackstumpf von der Bauchwand trennend und eine Höhle schaffend, die ringsherum ungefähr 2 cm weiter ist als der Außenrand der Bruchpforte. In diese Höhle führe ich eine Metallplatte ein (statt des Drahtnetzes gebrauche ich nämlich eine ganz dünne runde oder ovale durchlöcherte Platte aus biegsamem Metall, die einen etwas dickeren, erhöhten, glatten, abgestumpften Rand hat). Diese Platte ist breiter als die Bruchpforte, und man bringt sie hindurch, indem man sie mit dem Rande aufrecht in die Nabelöffnung steckt, in der Weise, wie man einen Knopf durchs Knopfloch bringt.

Die starken fibrösen Ränder des Bruchringes dürfen durch Umschneidung nicht geschwächt werden, sondern werden nur leicht wund gemacht und mittels einer Metallnaht so weit als möglich genähert.

Bei Nabel- und Bauchnarbenbrüchen eignet sich die Platte am besten, weil hier das Peritoneum eine ebene Fläche hat und weil größere Gefäße, Nerven und sonstige zarte Gewebe, die durch die Nähe des Fremdkörpers geschädigt werden könnten, nicht vorhanden sind.

Die auf das Peritoneum gelegte Platte hat dem nach der Goepelschen Methode auf die Aponeurose aufgelegten Drahtnetze gegenüber folgende Vorzüge:

1) Sie ebnet das Peritoneum und läßt eine trichterartige Einheilung desselben in die Bruchpforte, die nur zu leicht zu Bruchrezidiven führen kann, nicht zustande kommen.

2) Sie verhindert einen Druck auf die Bruchpforte von seiten der Eingeweide. Wo eine Narbe besteht, wird diese bekanntlich durch den Andrang der Eingeweide und die Kontraktion der umliegenden Muskelfasern ausgedehnt, so daß sie zerreißen und ein Bruch entstehen kann. Dies findet nun auch statt, wenn außen von dieser Narbe ein Drahtnetz nach Goepel aufgelegt worden ist. Infolgedessen kann die Hernie, nach Überwindung der Narbe, bis zum Drahtnetz gelangen und dieses in die Höhe schieben oder zu dessen Seiten herausgleiten, ähnlich wie mitunter eine Hernie unter der Pelotte eines Bruchbandes hervordrängt. Bei Auflegen einer Platte auf das Peritoneum ist dagegen ein Druck auf die Narbe oder auf den schwachen Teil gänzlich ausgeschlossen; denn den Druck erfährt die Platte und sie überträgt ihn auf die gesunden Muskelwände, an denen sie eine feste, ausgedehnte Stütze findet.

3) Sie wird von den Geweben gut ertragen. Sie verlötet mit dem Peritoneum und bewegt sich mit diesem, ohne irgendwo einen Druck auszuüben und ohne daß sie mit irgend einem Gewebe verhakt zu sein braucht, wie es beim Drahtnetz der Fall ist. Im Ruhezustande lagert sie, ohne zu drücken, auf dem Peritoneum; hustet der Operierte oder macht er eine Anstrengung, dann stößt sie gegen die Bauchwand, ohne jedoch Schmerz oder ein Gefühl von Zerrung zu verursachen. Das außen lagernde Drahtnetz dagegen widersteht Anstrengungen nur kraft seiner Anheftung an die Aponeurose und die Muskeln und bietet deshalb nicht nur eine geringere Resistenz, sondern kann auch Schmerz verursachen.

In einem Falle von Nabelbruch und in einem Falle von nach Appendektomie erfolgter Hernie bei zwei Frauen, die nach ihrer Heilung schwanger wurden, verliefen Schwangerschaft und Niederkunft, ohne daß sich die Hernien reproduzierten und ohne daß die Platte sie irgendwie belästigte.

Auch in exzeptionellen Fällen von sehr voluminöser Leisten- oder Schenkelhernie oder von Bruchrezidiv, sowie in Fällen mit

schlaffer oder aplasischer Bauchwand und bei Hernien ohne Bruchsack (Blasen-, Kolonhernien etc.) verwende ich die Platte, aber auch hier lege ich sie direkt auf das Peritoneum oder das bruchsacklose Eingeweide. Bei Anwendung des Drahtnetzes nach Witzel mit Lagerung desselben zwischen die Pfeiler des Leistenbandes oder zwischen den M. obliquus externus und den M. obliquus internus, oder zwischen diesen und den M. transversus, oder in den Schenkelkanal besteht immer ein schwacher Punkt am Samenstrang und an den Oberschenkelgefäßen, d. h. man muß am Rande des Netzes ein Loch zum Durchgang derselben lassen. Durch dieses Loch hindurch kann nun eine Hernie entstehen. Es ist zu bemerken, daß in dieser Gegend das Peritoneum, indem es aus der Darmgrube nach der vorderen Bauchwand zieht, eine nach vorn und unten konvexe Kurve beschreibt. Der Samenstrang und die Iliacalgefäße verlaufen entlang einer den Bogen dieser Kurve berührenden Linie. Legt man nun eine etwas konkave und der Peritonealkurve parallele Platte auf das Peritoneum, so kehrt diese den besagten zarten Gefäßen ihre konvexe Rückseite zu und kann sie also mit ihrem unteren oder inneren Rande nie drücken, wie es die von Witzel und Goepel verwendeten Drahtnetze tun. Die Platte hat kein Loch an ihrem Rande, hat eine genügende Weite und sorgt deshalb für einen wirklichen Verschluß.

Nach Versenkung der Platte vernähe ich die verschiedenen Schichten mit Metallfäden nach der Bassini'schen Methode. Übrigens verwende ich seit fünf Jahren zu jeder versenkten Naht und zu Gefäßligaturen nur Metallfäden, und zwar sowohl bei Laparotomien als bei Operation von Hernien und sonstigen Operationsarten.

Ungefähr 50 so operierte Fälle von Hernien — und sie betreffen Individuen von verschiedenem Alter — bestätigen das oben dargelegte. Ein Kind, das ich wegen voluminöser Leistenhernie operiert hatte, und das zwei Jahre darauf an den Masern starb, wies bei der Autopsie die Platte mit dem Peritoneum verlötet auf; sie war mittels zahlreicher fester Adhäsionen an dasselbe geheftet und bewegte sich mit ihm. Bruchrezidiv hat nicht stattgefunden.

---

1) **Lehmann** (Straßburg i/E.). Über Adrenalin (Tierversuche).

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 49.)

Nach den von L. angestellten Tierexperimenten scheint die Methode der »präventiven Adrenalininjektionen« bei verschiedenen Operationen an blutreichen Organen von Vorteil zu sein, wenn auch durch dieselbe die Unterbindung größerer Arterien und Venen nicht überflüssig gemacht wird. L. hat nämlich bei seinen Versuchen mit Leberexzisionen an Kaninchen, Hunden etc. beobachtet, daß

nach vorgängiger Einspritzung von 1—2 ccm 0,1%iger Adrenalinlösung in das Lebergewebe und unter seine Kapsel der betroffene Leberabschnitt ganz blutleer wurde und Abtragungen größerer Leberteile innerhalb der Grenzen des anämischen Bezirks ohne nennenswerthe Blutung wie auch — trotz nachfolgender zunehmender Hyperämie — ohne Nachblutung ausführbar waren. Wahrscheinlich wurde letztere durch die Bildung von Thromben in den Kapillaren an der Schnittfläche des Lebergewebes als Folge der Adrenalinwirkung verhindert. Intoxikationserscheinungen traten niemals auf.

Kramer (Glogau).

---

2) **M. Bukofzer.** Untersuchungen über die Wirkung von Nebennierenextrakt (Adrenalin) auf die Schleimhaut der oberen Luftwege bei äußerlicher Anwendung.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 241.)

Verf. hat mit Adrenalin Versuche an Menschen und Tieren gemacht und überall die gefäßverengernde Wirkung konstatieren können; zunächst auf der Nasenschleimhaut, dann auf der äußeren Haut nach Entfernung des Statum corneum durch Schmirgelpapier. Auch Arterien und Venen am Kaninchenohr wurden durch das Mittel verengt, wenn es nur recht nahe an die Gefäße herangebracht wurde. Die direkte, mikroskopische Beobachtung der Kapillarverengerung wurde an der Schwimmhaut des Frosches gemacht. Beim Menschen ist das Adrenalin auf chronisch hyperämischen Schleimhautpartien unwirksam, akute Hyperämien dagegen blassen ab; für Nasenuntersuchungen ist es zur Erweiterung der Lichtung der Nasenhöhle sehr zu empfehlen, ebenso zur Ausführung fast unblutiger Operationen in der Nase; anästhesierende Wirkung hat es nicht. Ref. kann die klinischen Beobachtungen bestätigen.

Manasse (Straßburg i/E.).

---

3) **C. Brunner.** Die Verwundeten in den Kriegen der alten Eidgenossenschaft.

Tübingen, H. Laupp'sche Buchh., 1903. XVI, 418 S. 13 Abb. u. 1 Tafel.

Schon früher einmal hat Ref. seine Freude darüber ausgesprochen, daß das Spezialgebiet der Kriegschirurgie eine größere Anzahl von Ärzten zu geschichtlichen Forschungen angeregt hat. Nun liegt wieder eine neue Arbeit aus demselben Gebiete vor, die, das Ergebnis zehnjähriger mühseliger archivalischer und literarischer Studien, uns nicht nur ein genaues Bild der Kriegschirurgie des 14.—18. Jahrhunderts in den schweizer Heeren gibt, sondern gleichzeitig die gesamte Verwundeten- und Krankenpflege der damaligen Zeit nach allen Richtungen hin umfaßt und in Verbindung damit auf die Kulturzustände der Schweiz im allgemeinen manche interessante Streiflichter fallen läßt.

Kaum ein Land dürfte geeigneter sein, über die Verhältnisse der Kriegsarzneikunde namentlich im 14., 15. und 16. Jahrhundert Aufschluß zu geben wie die Schweiz, die in jener Zeit fast ununterbrochen Kämpfe bald unter den einzelnen Kantonen, bald gegen äußere Feinde auszufechten hatte, Kämpfe aber, die nicht so groß waren, daß, wenigstens in einigen der geordneten Kleinstaaten mit ihrer intelligenten Bevölkerung, besonders in Bern, genaue Berichte über Ausrüstung, Leistungen und Verluste der Truppen unmöglich gewesen wären. Dazu kommt, daß während wir wissen und in dem Buch von neuem erfahren, daß in den Staaten, gegen welche die Schweiz focht, die Heerführer zwar ihre Leibärzte für sich mit ins Feld führten, nicht aber solche für die Truppen, wir hier sehen, daß eben zu dieser Zeit schon die Truppe selbst bei den alten Eidgenossen vorsorglich von Chirurgen in das Feld begleitet worden ist, wenn das auch nur Feldschere waren, deren Händen damals ja aber aller Orten die Chirurgie anvertraut war. Und gerade aus diesen Schweizer Feldscheren und denen des benachbarten Elsaß gingen denn damals auch die tüchtigsten Kräfte hervor: Pfolspeundt, Brunschwig, Gerssdorff, Wirtz, deren Namen in der Geschichte der Kriegschirurgie einen guten Klang haben. Im 17. und 18. Jahrhundert, als die Schweiz von ihrer schwer errungenen Höhe herabsank, sammelten ihre Söhne ihre Kriegserfahrungen mehr außerhalb der Heimat — erreichte im Jahre 1748 die Zahl der schweizer Söldner doch die für die Kleinheit des Landes ganz gewaltige Höhe von 75 000 Mann —, boten die Einrichtungen für die Kranken- und Verwundetenpflege somit auch nicht das Originelle, was sie in den früheren Jahrhunderten auszeichnete, und traten zurück gegenüber den Leistungen in den Heeren Frankreichs, Englands, Preußens.

So liegt denn der Schwerpunkt des B.'schen Werkes auch wesentlich in seiner ersten Hälfte, und es ist zu bewundern, wie Verf., der stets den Blick auf das Ganze gerichtet hält, durch seine mühsamen Studien in alten Archiven aus einzelnen Berichten, alten Rechnungen, Erzählungen, Holzschnitten in peinlicher musivischer Arbeit Bilder über die Kulturzustände jener Zeiten zusammengefügt hat, die speziell im Gebiet der Verwundetenpflege nicht das geringste Moment unberücksichtigt lassen. Die Bewaffnung von Freund und Feind, die Beschaffenheit und Ausrüstung der Pfleger — unter denen, wie schon im alten Babylon und noch unter Friedrich dem Großen die Scharfrichter nicht selten die geübtesten und beliebtesten waren —, die Art der Verwundungen, die Behandlung der Verwundeten — noch bis ins 16. Jahrhundert hinein tötete der Sieger nicht selten alles, was sich ihm nicht durch die Flucht entziehen konnte —, die Sorge für die Invaliden und die Hinterbliebenen, die Nachbehandlung in Bädern, das alles lernen wir aufs genaueste kennen und sehen alles durch Belege aus den durchstöberten Archiven sichergestellt. Viel absolut Neues erfahren wir ja nicht; aber unsere

bisherigen Kenntnisse werden durch das Buch nach vielen Richtungen hin erweitert und gesichert, wofür seinem gewissenhaften Verf. unser voller Dank gebührt.

Er schließt sein Werk mit Bemerkungen über zwei neu aufgefundene Manuskripte der Pfolspeundt'schen Wundarznei, älteren Datums als die bisher bekannten, und eines anderen Manuskriptes — von Trutmann, wohl aus dem 14. Jahrhundert —, das zwar sonst wertlos ist, aber einen interessanten Beitrag zur Behandlung der Darmwunden in der damaligen Zeit gibt.

Ob es richtig ist, den alten berühmten Bilguer, der seinen Namen stets in vorstehender Weise schrieb und drucken ließ, immer Bilger zu schreiben, wie es Verf. in seinem Buch tut, weil sich seine Vorfahren so schrieben, möchte Ref. bezweifeln. Er wird doch wohl seinen Grund gehabt haben, sich so zu nennen wie er getan.

Richter (Breslau).

---

4) **Bassères.** Du pansement immédiat des plaies par projectiles de guerre.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1902. Nr. 9 u. 10.)

Verf. rät, das Untersuchen und Auswaschen der Wunden zu vermeiden und einen aus absorbierbaren Stoffen bestehenden trokenen, antiseptischen Verband möglichst bald anzulegen. Als Antiseptikum schlägt B. Sublimat vor. Für die postes de secours (Truppenverbandplätze) und die l'ambulances (Sanitätskompagnien) empfiehlt B. bereits vorher schematisch gefertigte Verbände, und zwar sollen drei Arten derselben in den Behältnissen dieser Sanitätsformationen vorhanden sein, große, mittlere und kleine. Die Verbandsachen sind bis auf die Gazebinden sublimiert, und in wasserdichte Stoffe oder undurchlässiges Papier eingeschlagen. Bei den Ambulanzen fordert B. Reinheit der Hände des Verbindenden, Reinigung der Wundumgebung (Rasieren und Abreiben mit in Alkohol getauchtem Tampon), Sterilisation der Verbände. Auch auf dem poste de secours sollen diese Forderungen nach Möglichkeit durchgeführt werden. Gegen den Schluß der Arbeit wird die Verwendung der Verbände bei den einzelnen Verwundungen und die Behandlung derselben besprochen, wobei im Gegensatz zu unseren Ansichten die energische Desinfektion größerer Wunden und das Fortnehmen der Blutklumpen aus denselben gefordert wird. Über die Art der Blutstillung und etwa notwendige Operationen finden sich dann noch kurze Bemerkungen.

Herhold (Altona).

---

5) **Katzenstein.** Zur Frage der Wirkung der Nervendurchschneidung auf die Schilddrüse.

(Virchow's Archiv Bd. CLXX. p. 170.)

Trotz der Ergebnisse Lübke's (»Beiträge zur Kenntnis der Schiddrüse«, Virchow's Archiv Bd. CLXVII, p. 490), welcher nach Durch-

schneidung der die Schilddrüse versorgenden Nerven eine Verdickung der Fasern des Bindegewebes, eine Vergrößerung der Follikel und eine Hypertrophie des Epithels fand, hält Verf. auf Grund seiner früheren Versuche und Beobachtungen daran fest, daß die Schilddrüse nach Exstirpation ihrer Nerven völlig degeneriere.

Fertig (Göttingen).

---

6) **Bensen.** Beitrag zur Kenntnis der Organveränderungen nach Schilddrüsenexstirpation bei Kaninchen.

(Virchow's Archiv Bd. CLXX. p. 229.)

Auf Grund seiner Versuche und Beobachtungen, welche B. machte 1) an gesunden Tieren, die mit Thyreoidin gefüttert wurden, 2) an thyreoidektomierten Tieren, welche gewöhnliche Nahrung erhielten, und 3) an einer Gruppe von Kaninchen, die Thyreoidin verfüttert bekamen, nachdem ihnen die Schilddrüse exstirpiert war, kommt Verf. zu folgendem Schluß: Nach der Thyreoidektomie bei Kaninchen wird durch den Mangel der Schilddrüse ein Gift im Körper produziert oder zurückgehalten, das eine eigenartige Degeneration des Protoplasmas der Zellen in der Niere, Leber und dem Herzmuskel hervorruft, was schließlich zum Zerfall der Zellen führt. Die Zerfallsprodukte finde man als kolloide Kugeln oder als Cylinder in den Nierenkanälchen wieder. Bei sehr langer Dauer könne auch eine interstitielle Entzündung entstehen, die zur Narbenbildung führt. Gaben von Schilddrüsentabletten können diese Zerstörungen hintanhalten oder abschwächen. Thyreoidin wirkt bei gesunden Tieren schädlich, da es Enteritis, Leber und Nierenerkrankungen verursacht.

Fertig (Göttingen).

---

7) **P. J. Moebius.** Über Antithyreoidin.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 4.)

M. hat seit 1901 mehrfach Basedowkranken Serum thyreoidektomierter Hammel in Dosen von 5 g (Merck'sches Antithyreoidin) einen Tag um den andern gebrauchen lassen und dabei folgendes beobachtet: Das Serum hat niemals Störungen hervorgerufen und zweifellos den Kranken Nutzen gebracht. Zwar schien die Zahl der Pulse nicht stark abzunehmen, aber der Umfang des Halses wurde geringer, die Spannung der Struma nahm ab, die Kranken fühlten sich ruhiger, schliefen besser. Bei Unterbrechung der Behandlung nahm der Halsumfang nach einigen Wochen wieder zu. Mit anderen Mitteln war in all den Fällen nie eine gleich günstige Wirkung zu erzielen gewesen. Auch von verschiedenen anderen Seiten ist M. das letztere bestätigt worden; nur fehlten bis jetzt noch die Ergebnisse klinischer Prüfung, und steht der Anwendung des Serums in vielleicht noch wirksameren, größeren Dosen noch der sehr hohe Preis desselben im Wege. **Kramer** (Glogau).

8) Lanz. Weitere Mitteilung über serotherapeutische Behandlung des Morbus Basedowii.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 4.)

Ungefähr gleichzeitig wie Ballet und Enriquez, aber, wie nachgewiesen wird, bereits 3 Jahre vor Burghart und Blumenthal, hat L. bei einigen Pat. mit Basedow'scher Krankheit Versuche mit der Milch thyreoidektomierter Ziegen gemacht und mit den später über den Erfolg berichtenden Ärzten den Eindruck erhalten, daß mit dieser Behandlung sehr Gutes erreicht worden sei. L. verhehlt sich nicht, daß die gewonnenen Erfahrungen bei dem schwankenden Symptomenbilde des Morbus Basedow auf zufälligem Zusammentreffen beruhen können; immerhin sind dieselben, da es sich zum Teil um schwere Fälle handelte, doch recht auffallende, sowohl in Bezug auf die sehr befriedigende Änderung des Allgemeinbefindens und der Beschwerden der Kranken, als auch hinsichtlich der Rückbildung des Kropfes und des Exophthalmus etc. Die Besserung dauerte auch nach Aussetzen der Milchkur fort.

Kramer (Glogau).

---

9) H. Starck. Beiträge zur Sondierung der Speiseröhre. (Aus der Heidelberger medizinischen Klinik).

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 4.)

Die von S. früher empfohlene Divertikelsonde hat sich ihm für die Diagnose verschiedenster Speiseröhrenerkrankungen gegenüber der geraden Sonde außerordentlich bewährt, da ihr abgebogenes unteres Ende die Wandung des Speiserohres nach allen Richtungen hin abzutasten vermag und so jede leichte Vorbuchtung, jede Falte, jede Tasche, jede Unregelmäßigkeit der Wandung, die Lage wandständiger Geschwülste, die Längenausdehnung solcher, sowie Stenosen sicher erkannt werden kann. Auch für therapeutische Zwecke erwies sich die Sonde als abgebogene Hohlsonde zur Sondenernährung angewandt, ferner zur Dilatation von Verengerungen als vorteilhaft. Ein für die Praxis geeignetes handliches Instrument mit 10 verschiedenen, geraden und gebogenen Ansätzen wird von Dröll in Heidelberg geliefert; dasselbe ist in der Arbeit abgebildet.

Kramer (Glogau).

---

10) L. Harmer. Zur Pathologie der sog. Knochenblasen der mittleren Muschel.

(Archiv für Laryngologie u. Rhinologie Bd. XIII. p. 163.)

H. unterscheidet zwei Arten von Knochenblasen an der mittleren Muschel: 1) die mit Eiter gefüllten, entzündlichen, die selteneren, 2) die mit Luft oder wenig Schleim gefüllten, häufigeren. Von ersteren beschreibt er 3, von den letzteren 14 Fälle und gibt die Resultate der mikroskopischen Untersuchungen mit recht guten Abbildungen.

Die häufigeren, nicht entzündlichen, die eigentlichen Knochenblasen haben im Innern Schleimhautauskleidung mit spärlichem Drüsen und Flimmerepithel, die der Auskleidung der Nebenhöhlen ähnlich ist. Ihre Entstehung ist nicht auf entzündliche Reize zurückzuführen, sondern sie sind als kongenital angelegte Bildungsanomalien der mittleren Muschel aufzufassen. Sie bleiben stationär und lassen keinerlei Wachstumsvorgänge erkennen. Anders die selteneren mit Eiter gefüllten Knochenblasen: bei ihnen lassen sich deutliche Entzündungsvorgänge besonders an der inneren Wand nachweisen, es findet hier eine eitrige Sekretion und Verschluß des Ausführungsganges statt. Dadurch kann die Knochenblase einen bedeutenden Umfang erreichen und sehr schnell wachsen.

Manasse (Straßburg i/E.).

Kleinere Mitteilungen.

11) Congrès Français de Chirurgie.

XV. session, tenue à Paris du 20. au 25. Octobre 1902.

(Revue de chir. Jahrg. XXII. Nr. 11.)

F. Terrier et E. Reymond: Chirurgie du coeur et du péricarde.

Seit der kurzen Zeit ihrer Entstehung hat die Chirurgie des Herzens eine ungeahnte, methodische Entwicklung erlangt. Die Zahl der mitgeteilten Operationen ist auf 51 angewachsen und weist 19 Erfolge auf.

Die hauptsächlichste Indikation für die Freilegung des Herzens wird durch Verletzungen desselben und die damit verbundene Blutung gegeben. Reff. treten für ein aktives Vorgehen selbst in den Fällen ein, wo die Diagnose der Verletzung noch zweifelhaft ist.

Der Eingriff hat den Charakter der Dringlichkeit; trotzdem verlangt er äußerst peinliche Durchführung; wesentlich ist eine Schnittführung, die freien Zugang und ausreichend Licht gibt. Eine große Reihe von Lappenbildungen — denn nur solche genügen den Forderungen — sind angegeben, mit oberer, unterer, rechts seitlicher und links seitlicher Basis; gegebenen Falls können auch Kombinationen erforderlich sein, was von der Stelle und Richtung der Wunde abhängen wird. Reff. halten den Fontan'schen Lappen mit äußerer Basis für den besten.

In den bisher veröffentlichten Fällen war 14mal der linke, 18mal der rechte Ventrikel, 1mal das linke, 2mal das rechte Herzohr, 6mal die Herzspitze, 1mal die Koronararterie verletzt.

Die Herzmuskelwunde macht man sich zugänglich sei es durch Anhaken mit der Kugelzange — die ausreißen kann —, anderen Zangenmodellen, bezw. durch Unterschieben der linken Hand unter das freigelegte Herz. Die Blutstillung und Nahtanlegung gelingt auf diese Art am leichtesten. Am Herzohr kann wohl auch die Wunde als Zipfelchen hochgezogen und abgebunden werden. Als Nahtmaterial kann ebensowohl Katgut wie Seide verwendet werden.

Es empfiehlt sich, Perikard und Pleura gesondert zu drainieren, wenn man nicht vorzieht, ganz zu schließen — was fünfmal mit Erfolg geschah.

Die Operation soll unter Chloroformnarkose ausgeführt werden.

An speziellen Indikationen ist noch aufzuführen:

Fremdkörper; Nadeln können völlig ins Herz eindringen, ohne schädlich zu werden; ragt jedoch nur ein Teil der Spitze durchs Perikard, während der Schaft in der Brustwand festsitzt, so entstehen gefährliche Rißwunden des Herzens, welche die Freilegung erheischen.

Dringt Luft in das Herz ein — z. B. bei Venenverletzung —, so könnte man nach Bégouin dieselbe durch Aspiration zu entfernen suchen.

Was endlich die Herzmassage zur Bekämpfung des Chloroformtodes betrifft, so ist vorläufig ein Urteil über die Zulässigkeit derselben nicht möglich. Der Vorschlag von Mauclaire, durchs Zwerchfell auf das Herz einzugehen, verdient jedenfalls Beachtung, besonders wenn das Unglück während einer Laparotomie eintritt.

Diskussion: Fontan (Toulon) vervollständigt zunächst seine Mitteilung über den zweiten durch Herznaht vom nahen Tode geretteten Kranken, daß er 5 Monate später an Hirnembolie zugrunde ging. Der Nahtstelle im Herzen saß ein Gerinnsel mit brüchiger Spitze auf, und ein Bröckelchen derselben hat wohl den Thrombus abgegeben. — Sodann hebt F. hervor, daß man oft trotz unsicherer Diagnose wird operieren müssen; endlich betont er die Notwendigkeit großer Kochsalzinfusionen während der Operation.

Gallet (Brüssel) hat sich in praxi und an Hundeexperimenten von der Nutzlosigkeit der Herzmassage überzeugen können; eine »künstliche Circulation« komme nicht zustande. Wo man Hunde wiederbelebt habe, sei das Herz nicht völlig gelähmt gewesen.

Tuffier (Paris) behauptet, daß ihm innerhalb 10 Minuten die Wiederbelebung von Hunden bei allen Zeichen des Todes geglückt sei. Jenseits dieser Frist gelingt sie nicht mehr.

Vidal (Perigneux) sah Erfolg von venösem Aderlaß (14mal bei 20 Versuchen). Hingegen konnte er feststellen, daß die Kontraktionen bei Massage gerade eben Klappenspannung erzeugen konnten, daß hingegen darüber hinaus Venen- und Arteriendruck bei manometrischer Messung die gleichen blieben, somit alle Vorbedingungungen für die Wiederherstellung eines Kreislaufes fehlten.

Reymond wendet sich gegen Fontan, welchem die Indikationsstellung der Reff. nicht genügt, und der es für unnötig gehalten hatte, auch bei höherem Sitze der Herzwunde die 6. Rippe in den Lappen einzunehmen. Auf das erste sei zu erwidern, daß sie bei sichergestellter Verletzung des Herzens die Freilegung für angezeigt erachten; in zweifelhaften Fällen müsse die Breite des Lappens die völlige Klärung der Verhältnisse ermöglichen; es empfehle sich dabei die Resektion der 6. Rippe besonders zur Aufsuchung der Umschlagsfalte der Pleura, deren Beziehungen zum M. triangularis sowie zu einigen Fettläppchen von Delorme und Mignon beleuchtet seien.

Villar (Bordeaux) stellt eine Reihe von Lehrsätzen auf, die er bei Versuchen am Hunde gefunden hat; die wichtigsten sind: Die Freilegung des Herzens vom Diaphragma aus genügt nur wenigen Indikationen. Ein thorakaler Lappen muß leicht und sicher zu bilden sein, Zugang zur Wunde und Naht bequem gestatten und darf dem Operateur nicht hinderlich sein. Der vergrößerte Fontan'sche Lappen entspricht dieser Forderung am besten. Hat man oder war die Pleura verletzt, soll sie, wenn möglich, zuerst behandelt und geschlossen werden: Das Herz lagert man sich am besten auf die linke Hand. Zur Naht eignet sich Seide wie Katgut in fortlaufender Naht; die Stichkanäle dürfen nicht bis in die Herzlichtung reichen. Drainage des Perikards ist nicht zu empfehlen, ebenso nicht die Kochsalzinfusion während der Operation; rationeller sei Tracheotomie und Aufblasung der kollabierten Lunge.

J. L. Faure (Paris) berichtet von einem Falle tuberkulöser Perikarditis, welcher zweimal nach Inzision drainiert wurde (ca 800 g Erguß). Über einen Monat lang funktionierte das Herz gut bei breiter Kommunikation des Herzbeutels mit der Außenwelt, von stinkendem Eiter umspült. Von erstaunlichem Einflusse auf die hochgradig unregelmäßige Herztätigkeit war besonders die erste Entlastung durch Perikardotomie.

Savariaud (Paris) hat ebenfalls beobachtet, wie bei einer Synkope während der Herznaht die schnelle Entleerung des Hämoperikards die Herztätigkeit wieder hob. Der Verletzte erlag einer Septhämie.

Mauclaire (Paris) hatte eine Verletzung der Art. pulmonalis nahe am Bulbus zu nähen Gelegenheit; doch erlag der Kranke nach 24 Stunden. M. beschuldigt die massiven Kochsalzinfusionen, zur Kongestionierung der rechten Lunge beigetragen zu haben, was im Vereine mit linksseitigem Pneumothorax den Tod herbeiführte. Er empfiehlt die Lappenbildung Fontan's, glaubt jedoch, daß seine Methode, durch das Zwerchfell auf das Herz vorzudringen, als Explorativoperation in diagnostisch schwierigen Fällen Gutes zu leisten berufen sei.

Bégouin (Bordeaux) führt aus, daß bei ruhigen Narkosen die Luftaspirationen durch Venenverletzung im allgemeinen seltener zu tödlichem Ausgange führten. Die eingesogene Luft wirke mechanisch, zum Teil durch Überdehnung des rechten Vorhofes. An Hunden habe er sich von der Wirksamkeit der direkten Aspiration durch Nadelpunktion überzeugen können. Gegenüber Faure, welcher meint, daß die eindringenden Luftmengen meist unerheblich, die Störungen oft gar nicht zu bemerken und auch in ernsteren Fällen noch vorübergehend seien, betont B., daß hauptsächlich die Plötzlichkeit, mit welcher das Ereignis eintrete, maßgebend für die Schwere sei.

Vallas (Lyon): Traitement du tétanos.

Das Ideal der Tetanusbekämpfung wäre, frühzeitig die Tetanusgefahr einer Verletzung zu erkennen und hier die prophylaktische Serumtherapie einzuschlagen; sie leiste zweifellos die beste Gewähr. Buchtige, mit Erde besudelte Quetschwunden sollen mit subkutaner, präventiver Seruminjektion behandelt werden.

Für die Behandlung des floriden Tetanus mittels Serum zieht V. aus der Statistik über 373 Fälle folgende Schlüsse:

Bei Tetanus mit noch nicht 10tägiger Inkubation leistet die Serumtherapie sehr wenig, dagegen kann sie erfolgreich wirken bei Tetanus mit längerer Inkubationsdauer und sich hinziehendem Verlaufe. Starben früher 70% der vom Starrkrampfe Befallenenen, so erliegen bei akutem Verlaufe 57%, bei langsamem etwa 20%. Immer noch am traurigsten sind unsere Erfolge bei neugeborenen Kindern (von 15 Fällen 11 gestorben) und bei Entbundenen (15 Fälle mit 12mal tödlichem Ausgange). — Ob intravenöse Injektion daran etwas bessern wird, läßt sich nach dem geringen vorliegenden Materiale nicht sagen. — Absolut verwerflich sei die intracerebrale Injektion des Serums, welche die Individuen der Gefahr von Hirnblutungen und -Abszessen aussetze. Auch die Erfolge der Einverleibung des Serums in den Duralraum des Rückenmarkes sind kläglich.

Chloral und Karbolsäure sollen die Serumtherapie unterstützen; auch sorge man für gründliche Reinigung der Wunden, worauf jedoch die chirurgische Behandlung beschränkt bleiben möge.

Diskussion: J. L. Championnière (Paris) meint, daß die Beurteilung der bisher mit Serumtherapie erreichten Resultate schwierig sei und verschieden ausfalle je nach Sitz der Verletzungen und Heimat der Erkrankten. Von zwei intracerebral Behandelten ist einer geheilt. Doch ist C. ein überzeugter Verteidiger der prophylaktischen Seruminjektionen auf Grund seiner Erfahrungen bei einer Hausepidemie.

Bazy (Paris) hat an seiner 1896 mit vielem Mißtrauen aufgenommenen Gepflogenheit festgehalten: Jeder Verletzte, der mit beschmutzter Wunde eintritt, erhält seine prophylaktische Einspritzung.

Girard (Bern) kann zwar die von Vallas angeführten Unfälle bei intracerebraler Einverleibung des Serums nicht leugnen, behauptet jedoch, daß die Erfolge günstiger seien und berichtet einen sehr suggestiven Fall. Das Baccellische Verfahren mit Parachlorphenol hat in einem Falle versagt.

Guinard (Paris) hat ebenfalls die prophylaktische Injektion durchgeführt und seit 9 Jahren nur einen Fall von Wundstarrkrampf gesehen, und zwar bei einem Verletzten, der keine Spritze erhalten hatte.

Mannoury (Chartres). Seine Erfahrungen sind: Von 1878—1899 endeten sämtliche 30 beobachteten Fälle tödlich, zwei darauffolgende heilten durch intracerebrale Injektion, zwei weitere starben. Ein Kranker starb trotz prophylak-



tischer Einspritzung — vielleicht war das Serum nicht ausreichend. Die intracerebrale Injektion zu verwerfen, ist verfrüht.

Borette (Caen): 1) Die interne Behandlung genügt nur für leichte Fälle von Tetanus. 2) Die subkutanen Seruminjektionen stellen eine wirksame Behandlungsweise dar. 3) Tritt der Starrkrampf trotzdem heftig auf, greife man zu intrakraniellen Einspritzungen.

Reynier (Paris) ist nicht so überzeugt von der Wirksamkeit der prophylaktischen Seruminjektionen und berichtet von einem Mißerfolge (Auftreten des Tetanus nach 14 Tagen). In drei Fällen glückte ihm die subkutane Serumdarreichung mit gleichzeitigen Einspritzungen von 20—22 g Chloral pro die.

Villar (Bordeaux), Anhänger der prophylaktischen Methode, hat sowohl bei Morphium-Chloralbehandlung wie intracerebraler Injektion seine Kranken verloren.

Schwartz (Paris) bekennt sich auf Grund seiner Erfahrungen im Spital Cochin, wo Tetanus vor Einführung der prophylaktischen Seruminjektionen endemisch war, als Anhänger derselben. In 300 Fällen hat er nie nachteilige Folgen gesehen.

Reboul (Nîmes) hat vor Einführung der Serumbehandlung des Tetanus sämtliche damit behaftete Kranke verloren. Seither wendet er neben lokaler Desinfektion jeder verdächtigen Wunde die prophylaktische Injektion an. Während er vor 1897 fast jedes Jahr vier bis fünf Kranke an Starrkrampf verlor, hat er seither nur zwei Fälle mit rapidem Verlaufe gesehen und eingebüßt.

Tailhefer (Béziers) hat einen Kranken während der intraduralen Lumbalinjektion von 5 ccm Serum antitetanic. verloren.

Tavel (Bern) unterscheidet einen Tetanus splanchnicus und medullaris; ersterer wird durch Serumbehandlung nicht beeinflußt. Da einerseits die Erkrankung von der Eingangspforte nach dem Zentrum sich bewegt, andererseits die Medulla oblongata als Ausgangspunkt der toxischen Erscheinungen zu betrachten ist, schlägt T. folgenden Behandlungsmodus vor:

1) Injektion von 10 oder je 10 ccm Serum in einen oder beide Hirnventrikel, um so bald als möglich die Medulla oblongata zu immunisieren; 2) intravenöse Injektion von ca. 50 ccm Serum zur Paralysierung des kreisenden Virus. Auf diese Weise hat er von vier Fällen drei gerettet.

Blanquinque (Laon) legt besonderen Wert auf hohe Dosen des Serums: 100 ccm täglich, später weniger; dieses Verfahren hat sich in 3 Fällen bewährt.

Delangre (Tournai): Recherches experimentales sur l'inclusion prothétique de la paraffine.

Das früher viel benutzte Vaselin mit einem Schmelzpunkt von 38—40° diffundiert zu leicht über die gewünschten Grenzen hinaus und verfällt der Resorption. Zu dauerhaften Prothesen eignet sich nur Paraffin mit einem Schmelzpunkte von 55°. Schädigung der Gewebe, welche Temperaturen bis 60° vertragen, hat man nicht zu befürchten. D. benutzt Spritzen mit schlecht leitender, sterilisierbarer Hülse.

J. L. Championnière (Paris): Sur le mode de préparation d'un catgut souple, solide, bien résorbable et ne donnant jamais d'élimination.

Das Katgut wird zuerst mehrere Tage in 5%iges Karbolöl, dem etwas Wasser zugesetzt ist, eingelegt, in Terpentinöl entfettet und zum Gebrauche in 2%iges Karbolwasser gebracht. Obgleich C. meist ziemlich starke Nummern, oft in großer Menge, verwendet, hat er nie Elimination oder Eiterung beobachtet, die durch Katgut allein verursacht gewesen sei. Freilich ist er auch sonst dem Listerschen Verfahren der Antisepsis treu geblieben, und wenn andere Chirurgen mit ihren noch so gut sterilisierten Katgutarten nicht zufrieden sind, mögen sie ihre Asepsis dafür verantwortlich machen. Die Keimlosigkeit seines Katgut experimentell zu prüfen, hielt er für unnötig.

Gauthier (Luxeuil): Sur l'emploi du fil d'argent cablé pour les sutures, et des feuilles d'argent laminé pour les pansements.

Matte Silberfäden empfehlen sich wegen ihrer Biegsamkeit und leichten Sterilisierbarkeit zum Ersatze der Seide; dünne Silberplättchen werden vorteilhaft im Verbande verwendet auf schlaffen Granulationen, Transplantationen, ekzematösen Reizungen in der Umgebung sezernierender Wunden.

Chaput (Paris): Les agrafes rondes pour l'intestin et les ligatures metalliques de Michel.

C. rühmt die große Schnelligkeit ihrer Hantierung und verwendet vor allem die Agraffen bei Eingeweidenähten, Stumpfversorgungen und Befestigung derber Gewebe, weil das Bauchfell sie vorzüglich verträgt. Das Gleiche gilt von den Metall-Ligaturen. Bei Operationen an den Extremitäten mögen sie nur dann benutzt werden, wenn die Wunde offen bleibt.

Michaux (Paris) bestätigt wohl das letztere, hat jedoch in 12 Fällen von Amputation sich davon überzeugt, daß auch hier die Gewebe den Metall-Ligaturen gegenüber sich äußerst tolerant beweisen.

Morestin (Paris): 1) Les grands décollements en chirurgie.

2) Les incisions dissimulées.

Ad 1) ist besonders die dünne, verschiebliche Haut des Halses, der Brust, des Bauches geeignet zur Deckung großer Defekte durch Autoplasie, und man ist imstande, außerordentlich weitgehende Unterminierung und Mobilisierung dabei zu wagen.

Ad 2) sind natürliche Falten, behaarte Stellen nach Möglichkeit überall da für Einschnitte zu bevorzugen, wo man entstellende Narben vermeiden möchte und es sich mit dem Ziele der betreffenden Operation verträgt.

Martin (Lyon): Sur le traitement des cicatrices vicieuses par les tractions et pressions continués.

Der elastische Zug, welcher anzuwenden ist, wirkt durch seine Dauer, ohne starke Zerrung und Zerreißungen, die sogar vermieden werden müssen. Zur Bestätigung dessen zeigt M. Gipsabdrücke von Narbendeformität einer Hand, die lediglich in dieser Weise geheilt wurde.

Poncet (Lyon): Botryomycose humaine.

P. und Delore haben zwei Fälle dieser himbeerförmigen Geschwülste beobachtet an Lippe und Hand. P. zweifelt an der Spezifizität des beschriebenen Erregers und ist geneigt zu glauben, daß es sich um eine Varietät des Staphylokokkus aureus handelt.

Savairaud (Paris) hat immer in den oberflächlichen Schichten dieser Geschwülste verschiedenerlei Eitererreger gefunden.

Julliard (Genf). L'éther en anesthésie générale.

Seine Erfahrung basiert auf 9289 Äthernarkosen, ohne daß er öfter als dreimal genötigt gewesen wäre, künstliche Atmung zu machen. Die Bronchopneumonien, die man dem Äther zur Last legt, haben andere Ursachen und vermindern sich, seit man Abkühlung der Kranken vermeidet und heizbare Operationstische benutzt. Man soll den Äther nicht zu massig, sondern mäßig geben. Bei Erkrankung der Luftwege ist er freilich kontraindiziert.

Monprofit (Angers) ist nach 500 Äthernarkosen zum Chloroform zurückgekehrt. Will man eine sichere Chloroformnarkose haben, so muß man sich an den gleichen Narkotiseur halten. Mit Dr. Royer hat M. 5000 Chloroformnarkosen ausgeführt mit einem Todesfalle gleich in der ersten Zeit; seither ist keine Störung mehr vorgekommen.

Villar (Bordeaux) verfügt über 4050 Äthernarkosen ohne Todesfall. Wollte er zum Chloroform zurückkehren, so wurde er durch die beunruhigenden Zufälle wieder davon abgebracht; vielleicht war die geringe Übung der Assistenten im Chloroformieren daran schuld.

Roux (Lausanne) ist überzeugt, daß man die pulmonalen Kongestionen wird vermeiden lernen, wenn man sich nur daran gewöhnt, den Äther nicht im Über-

schusse zu geben, sondern mit der gleichen Vor- und Umsicht wie das Chloroform, dessen Gefahren man fürchtet.

Henry Reynès (Marseille) empfiehlt warm das Billroth'sche Gemisch: Chloroform 2, Alcohol. absol., Aether āā 1, sowohl in Fällen, wo das Chloroform kontraindiziert wäre — Schwäche, Herzleiden —, als auch bei Lungenleidenden, wo Äther allein nicht angängig ist.

Reboul (Nîmes) tritt für die Chloräthylnarkose ein, die er bisher 500mal ausführte. Vorteile: schneller Eintritt einer völligen Anästhesie, die mit 25 ccm Verbrauch während etwa 1/2 Stunde erhalten werden kann, angenehmes Erwachen. Für länger dauernde Operationen geht man vom Chloräthyl zum Chloroform über.

Thiérry (Paris) rät, bei nahem Chloroformtode — kenntlich an weiter Pupille — die Tracheotomie auszuführen und mittels Drains Luft einzublasen. Vielleicht kann die Eröffnung der Trachea durch Intubation vermieden werden.

(Fortsetzung folgt.)

---

12) O. Lange. Über die Anwendung des »Adrenalin« als Hämostatikum in Fällen verzweifelter Blutung. (Aus dem städtischen Krankenhause zu Baden-Baden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 2.)

L. hat von der Anwendung der Solutio Adrenal. hydrochlor. in mehreren Fällen von schwerer, durch andere Mittel nicht stillbarer Blutung sofortigen und andauernden Erfolg gesehen. In den Fällen von äußerer Blutung wurden mit verdünnter Lösung (zu gleichen Teilen mit physiologischer Kochsalzlösung vermischt) Gazestücke getränkt, die Wunde damit ausgetupft und tamponiert, neben dem Stillstand der Blutung, auch eine wesentliche Verringerung der Wundabsonderung beobachtet; der erste Pat. war ein »Bluter«. Auch innerlich kam das Mittel — zweimal 30 Tropfen innerhalb 2 Stunden — bei Hämoptoe und Hämatemesis mit rascher Wirkung zur Anwendung. **Kramer** (Glogau).

13) P. Clairmont. Zur Tuberkulose der Schilddrüse (Struma tuberculosa.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 48.)

Es handelt sich um ein 2jähriges, sonst gesundes Kind, bei welchem sich im Verlaufe von 2—3 Wochen eine rasch wachsende Geschwulst in der Gegend der Schilddrüse entwickelte. Wegen zunehmender Atembeschwerden führte dieselbe zu einem operativen Eingriffe, der in der v. Eiselsberg'schen Klinik vorgenommen wurde. Es fand sich eine Geschwulst, die in ihrer Lage der Schilddrüse entsprach, mit den oberflächlichen, graugelb verfärbten Muskeln verwachsen war und in ihrem Innern vielfach verkäste Herde darbot. Sie wurde anscheinend im Gesunden durch Exzision und Exkochleation entfernt. Die histologische Untersuchung ergab tuberkulöses Granulationsgewebe. Nach einem halben Jahre war neben der noch immer bestehenden Fistel ein Rezidiv in Form einer kleinapfelgroßen, derben Geschwulst aufgetreten. Bei der zweiten Operation wurde dieselbe, die mit der Luftröhre innig verwachsen war und auf die Seitenlappen der Schilddrüse übergriff, exstirpiert. Sie erwies sich ebenfalls als tuberkulöses Granulationsgewebe.

Die interessante Frage, ob es sich hier um eine primäre oder sekundäre Schilddrüsentuberkulose gehandelt habe, muß offen bleiben, wenn auch klinisch eine anderweitige Lokalisation der Tuberkulose bei dem Kinde nicht nachgewiesen werden konnte.

Nach den vier bisher in der Literatur niedergelegten analogen Fällen, denen der eben beschriebene sich als fünfter anreiht, muß betont werden, daß vorläufig das Vorkommen einer primären Schilddrüsentuberkulose nicht erwiesen ist.

Hübener (Dresden).

14) **M. Hirsch.** Karzinom der Schilddrüse.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 46.)

19jähriger Pat. mit mannsfaustgroßer Schilddrüsengeschwulst wird in der v. Mosetig-Moorhof'schen Abteilung operiert, anscheinend radikal, da die Geschwulst noch nirgends die Kapsel durchbrochen hatte, sich überall bis auf eine kleine Stelle am Schildknorpel stumpf ablösen ließ.

14 Tage nach der ersten Operation war bereits ein apfelgroßes Rezidiv an der betreffenden Schildknorpelstelle entstanden, wenige Tage später auch auf der anderen Seite. Rapide Zunahme. Tracheotomie gelingt nicht, da die Luftröhre nicht gefunden wird. Pat. geht unter Suffokationserscheinungen zugrunde. Die Sektion zeigte, daß die Luftröhre von papierweicher Beschaffenheit war und als flaches, nicht tastbares Band an der Hinterfläche der Geschwulst lag.

Hübener (Dresden).

15) **Funkenstein.** Über Osteochondrosarkome der Thyreoidea.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXI. p. 34.)

Es werden hier zwei knochen- und knorpelbildende Sarkome der Schilddrüse beschrieben, sehr seltene Geschwülste, von welchen Verf. in der Literatur nur noch drei einwandsfreie Fälle auffinden konnte. Es handelte sich beide Male um alte Individuen mit schnell wachsenden Geschwülsten, die Atemnot und Schluckbeschwerden verursachten. Beide wurden operiert, der erste starb. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich in den kropfig entarteten Schilddrüsen sarkomatöse, spindelzellige Neubildungen, welche neben fibrillärer und hyaliner Intercellularsubstanz sowohl Knorpel als Knochen enthielten. Bei dem ersten Pat. waren gleichartige Metastasen in den Lungen und reine sarkomatöse in einer Nebenniere vorhanden.

Fertig (Göttingen).

16) **Gierke.** Über Knochentumoren mit Schilddrüsenbau.

(Virchow's Archiv Bd. CLXX. p. 464.)

Verf. berichtet über einen 57jährigen Mann, der nach dem klinischen Verlauf an einer Myelitis transversa dorsalis ohne bekannte Ätiologie und ohne nachweisbare Veränderungen an der Wirbelsäule gelitten hatte. Bei der Sektion fand sich eine Geschwulst, welche den 5. und 6. Brustwirbel vollkommen zerstört und, in den Wirbelkanal hineingewuchert, das Rückenmark komprimiert hatte. Histologisch bot sie völlig das Bild einer Struma colloides, die an den Stellen des stärksten Wachstums wie eine wuchernde Struma aussah, ohne irgendwie in ihrer histologischen Struktur deutliche Bösartigkeit zu verraten. Die sorgfältig untersuchte, nicht vergrößerte Schilddrüse zeigte mäßige Wucherungsvorgänge und einen kleinen Adenomknoten, Befunde, die irgend einen Verdacht auf Bösartigkeit nicht zu erwecken vermochten. Weder in den regionären Lymphdrüsen, noch in den Lungen waren Metastasen vorhanden, so daß auch auf Grund dieser Tatsache es unwahrscheinlich war, daß von der Schilddrüse bösartige Keime in den Körperkreislauf geraten waren. Vielmehr erscheint es dem Verf. am wahrscheinlichsten, daß von dem Blutstrom verschleppte Schilddrüsenzellen erst in dem Knochen die Fähigkeit erlangten, die bösartige Geschwulst zu bilden.

Fertig (Göttingen).

17) **F. Hofmeister.** Über Auswanderung verschluckter Fremdkörper aus der Speiseröhre durch Perforation der Wand und deren operative Entfernung.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1903. Februar 7.)

Dem 46jährigen Pat. war ein kleiner Knochen in der Speiseröhre stecken geblieben. Starke Schluckbeschwerden, stechende Schmerzen rechts neben und unter dem Ringknorpel, ebendaselbst Druckschmerzhaftigkeit, keine deutliche Infiltration der tiefen Weichteile, Röntgenbefund negativ. Operation vier Tage

nach der Verletzung. Schnitt am vorderen Rande des rechten Kopfnickers, zunächst Exstirpation des in seiner oberen Hälfte auffallend fixierten und derben Schilddrüsenlappens, der an der Rückfläche am oberen Pole mit der Umgebung verlötet ist. Nach Lösung dieser Verwachsungen gelangt man in eine kleine, längliche Abszeßhöhle, aus der ein 3 cm langer, am einen Ende spitzer Knochensplitter entfernt wird. Der Abszeß liegt zum Teil zwischen Außenfläche des Schildknorpels und Schilddrüse, zum Teil hinter dem Kehlkopfe; eine Verbindung mit der Speiseröhre ist nicht nachweisbar. Tamponade, Schlundsondenernährung. 5 Tage später erscheint beim Versuche, Wein zu trinken, ein Teil desselben in der Wunde; die Fistel heilt aber in einigen Wochen spontan aus.

Von 25 Literaturfällen, bei denen ein aus der Speiseröhre ausgewanderter Fremdkörper operativ entfernt wurde, endeten 6 tödlich, 19 mit Heilung. Die Sterblichkeit ist also bedeutend geringer, wenn die Fremdkörper ausgewandert sind, als bei der Ulceration und Perforation der Speiseröhre bei eingekeilten Fremdkörpern. Die Erklärung liegt darin, daß es sich bei ganz ausgewanderten Fremdkörpern gewöhnlich um schlanke, spitze Körper handelt, welche die Speiseröhrenwand primär durchstechen, und nach deren Durchtritt die Ränder der kleinen Stichwunde sich wieder zusammenlegen; es braucht daher kein Speiseröhreninhalt nachzudrängen. Bei den günstig verlaufenen Fällen ist daher auch eine Verwundung der Speiseröhre zur Zeit der Operation gewöhnlich nicht mehr nachzuweisen. Die Aufschiebung des operativen Eingriffes wird jedoch durch dieses Verhalten ausgetretener Fremdkörper nicht gerechtfertigt; auch bei vollkommen ausgetretenen Fremdkörpern ist der sofortige blutige Eingriff angezeigt.

Mohr (Bielefeld).

18) **M. Einhorn.** Über ein neues Ösophagoskop.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 51.)

Da man Verbrennungen befürchten mußte, konnte man bisher die Lichtquelle nicht am unteren Ende des Ösophagoskopes anbringen. Der »Electro-Surgical Instrument Co.«, Rochester-New York, ist es nun gelungen, sog. kalte Lampen herzustellen, und diese benutzend, hat E. ein Ösophagoskop anfertigen lassen, bei welchem in einer Ausbuchtung des hohlen Stahlrohres, voneinander isoliert, zwei elektrische Drähte zu einer ganz kleinen Lampe verlaufen, die etwas oberhalb der Zentralöffnung sitzt. Das Instrument wird mit Obturator im Sitzen eingeführt; es ist 30—40 cm lang, 1—1,5 cm dick. Verf. hat sein Ösophagoskop erprobt und empfiehlt es warm. **Langemak** (Rostock).

19) **Brandt.** Über die Gastrostomie im Kindesalter.

Diss., Göttingen, 1902.

Verf. berichtet aus der Göttinger chirurgischen Klinik über zwei Kinder von 4 Jahren mit Laugenverätzung und folgender hochgradiger Speiseröhrenstenose, die nicht mehr sondiert werden konnte. Beide Kinder waren stark abgemagert und vermochten fast nichts mehr zu genießen. Es wurde die Gastrostomie nach Witzel ausgeführt, und bei dem einen Kinde konnten nach Verschlucken eines mit feiner Silberkugel armierten Seidenfadens durch die Sondierung ohne Ende der Speiseröhre wieder normale Verhältnisse hergestellt werden, so daß man die Magenfistel sich schließen ließ. Bei dem anderen Kinde waren alle derartigen Versuche zur Erweiterung der Speiseröhre vergeblich und es behielt seine gut funktionierende Magenfistel bis zum Tode, der 2 Jahre nach der Operation an Pneumonie erfolgte. Aus der Literatur konnte B. noch 48 Gastrostomien bei Kindern wegen narbiger Striktur des Ösophagus zusammenstellen. Einmal war diese entstanden durch Diphtherie nach Scharlach, 35mal durch Säuren oder Laugenverätzung. Unbekannt blieb die Ursache in 12 Fällen. Die Wirkung der Verätzung war meist sehr heftig, so daß noch 3—5 Wochen nur noch Flüssigkeiten die Striktur passierten. Die Sterblichkeit innerhalb der ersten Monate beträgt 14%, die des ersten Jahres 26%. Von sämtlichen Operierten wurden geheilt 46%, gebessert 8%, während die übrigen 46% im Anschluß an die Gastrostomie

oder Dilatationsbehandlung starben oder ungeheilt blieben. Die operierten Kinder befanden sich im Alter von 1—14 Jahren. **Fertig** (Göttingen).

20) C. Reichert. Zur Kasuistik der sogenannten blutenden Septumpolypen.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 296.)

15jähriges Mädchen mit linksseitigem Nasenbluten zeigte auf der linken Septumfläche eine kirschgroße, blaurote, leicht blutende Geschwulst, die mit der Schlinge abgetragen wurde; die Basis wurde kauterisiert. Nach der von Görke-Breslau vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung scheint es sich, wie in den meisten derartigen Fällen, um ein Angiom gehandelt zu haben.

Manasse (Straßburg i/E.).

21) L. Wolff. Über angeborenen knöchernen Choanalverschluß.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 293.)

Verf. berichtet über eine 53jährige Pat., die links einen totalen, rechts einen partiellen knöchernen Verschluß der Choanen zeigte. Links wurde die frontal gestellte Knochenplatte teils durch die elektromotorisch getriebene Trephine, teils durch die Hartmann'sche Zange entfernt. **Manasse** (Straßburg i/E.).

22) S. Citelli und U. Calamida. Beitrag zur Lehre von den Epitheliomen der Nasenschleimhaut.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 273.)

Zunächst bringen Verff. auf Grund der Literatur eine Besprechung der primären Karzinome des Naseninnern hinsichtlich der Lokalisation, Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie. Bei der Ätiologie wird der Zusammenhang von Nasenpolypen und Karzinomen sehr skeptisch behandelt. Ref. hatte im letzten Jahre Gelegenheit, einen sehr instruktiven, hierher gehörigen Fall zu behandeln. 70jähriger Mann, der seit 15 Jahren an Nasenpolypen behandelt ist, hat wieder beide Nasenhöhlen voll mit gemeinen Schleimpolypen; links kommt man nach Wegnahme von ca. 6—8 Polypen auf eine weiße, harte, vom Siebbein ausgehende Geschwulst; ein exzidiertes Stück, mikroskopisch untersucht, erwies sich als typisches Plattenepithelkarzinom; wenige Wochen später war die ganze linke Gesichtshälfte, Orbita etc. von der verjauchten Neubildung durchwachsen. Bei der Ätiologie scheint dem Ref. auch die Syphilis als ursächliches Moment von Wichtigkeit, wie der aus der Straßburger Klinik von Michaelis veröffentlichte Fall beweist. — Verff. bringen dann 8 eigene Fälle mit mikroskopischer Untersuchung und unterscheiden danach Cylinderepithelkarzinome, Plattenepithelkarzinome und gemischte Karzinome. Letztere sind die häufigsten.

Manasse (Straßburg i/E.).

23) R. Kafemann. Ein Fremdkörperfall des Nasenrachens.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 291.)

12jähriges Mädchen, seit dem 3. Lebensjahre Gestank aus der Nase. Vordere Nase normal; der Fremdkörper, ein Schuhknopf, saß in der Rachenmandel. Letztere wurde mit dem Fremdkörper exstirpiert. Seitdem Heilung.

Manasse (Straßburg i/E.).

24) Garel. Bégaiement guéri à l'occasion d'une trachéotomie dans le cours d'un cancer laryngé simulant une lésion syphilitique.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 51.)

Abgesehen von differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, bot der Fall insofern Interesse, als nach der infolge einer Kehlkopfstenose notwendig gewordenen Tracheotomie der seit Jahren bestehende Sprachfehler verschwand. Verf. citiert im Anschlusse daran einen von Jonnesco in der medizinischen Akademie zu

Bukarest vorgestellten Fall, wo bei einem ausgesprochenen Stotterer eine Schädelasymmetrie in Form von Abplattung der linken Schädelhälfte vorlag. Nach einer temporären Hemikraniektomie mit Resektion eines Teiles des Lappens und Freilegung der Dura verschwand der Sprachfehler im Verlaufe weniger Tage. Verf. erwähnt den vorliegenden Fall lediglich als angenehme Überraschung, ohne irgend welche therapeutische Konsequenzen daraus ziehen oder waghalsige Hypothesen aufstellen zu wollen. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

25) **Hauszel.** Ein kongenitaler Rachenpolyp.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 50.)

Der interessante Fall betraf ein 19jähriges Mädchen. Der Polyp besaß die Größe eines Kleinfingerendgliedes, saß an der Plica salpingo-palatina, war verhältnismäßig wenig beweglich und reichte mit seiner Kuppe in den oralen Rachen herab. Die Oberfläche ist glatt, von dunkelroter Farbe. Konsistenz derb. Der linke hintere Gaumenbogen fehlte. Abtragung mit Schlinge und Schere.

Mikroskopisch bietet die Geschwulst den typischen Bau dermoider Geschwülste (Abbildung im Original). **Hübener** (Dresden).

26) **v. Schrötter.** Extraktion eines Fremdkörpers aus der rechten Lunge mittels direkter Bronchoskopie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. No. 45.)

Bei einer 35jährigen Pat. war vor $3^1/_2$ Jahren ein Teil eines in die Luftröhre eingedrungenen Fremdkörpers (Rindsknochen) mit der Pinzette entfernt worden. Bald darauf stellte sich eine Rippenfellentzündung ein, Husten und Auswurf (stets ohne Bazillen) blieb bestehen. Der Sitz der offenbar bronchiektatischen Veränderungen konnte mit Wahrscheinlichkeit festgestellt werden. Im Bereiche des sternalen Ansatzes der rechten fünften Rippe bestand umschriebene Dämpfung ohne Rasselgeräusche. Im Röntgenbilde stärkerer Schatten an dieser Stelle.

Der Fremdkörper, der ein etwa 8 mm langes und 5 mm dickes, braungefärbtes Knochenfragment darstellte, saß im untersten Ende des Bronchialastes für den rechten Unterlappen, bezw. auf dessen Teilungsstelle in zwei Äste dritter Ordnung und konnte schon in der ersten Sitzung gesehen und extrahiert werden. Der Eingriff wurde in sitzender Stellung ohne Narkose unter Lokalanästhesie ausgeführt. **Hübener** (Dresden).

27) **C. Pohl.** Über Fremdkörper im Kehlkopfe, in der Luftröhre und in den Bronchien.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Die vorliegende Arbeit berichtet im Anschlusse an eine Statistik von Preobraschensky, welche den Zeitraum von 1809—1891 umfaßte, über die in den Jahren 1891—1901 veröffentlichten Fälle, soweit sie dem Verf. zugänglich waren; 312 aus der Literatur gesammelten Beobachtungen werden noch 10 der Breslauer Kliniken hinzugefügt. Das Material ist vor allem nach therapeutischen Kriterien gesichtet. So behandelt P. in einzelnen Gruppen: Geheilte und ungeheilte Fälle mit Laryngo- oder Tracheotomie, Fälle mit endolaryngealer Extraktion, mit Intubation, mit Entfernung der Fremdkörper in geneigter (invertierter) Lagerung, mit Entfernung mittels Brechmittel, sowie unbehandelte Fälle. Statistisch ist von Interesse, daß im letzten Decennium die Gesamtsterblichkeit von 36,37 auf 15,65% gesunken ist, die Heilungsziffer bei Tracheotomie ist von 50 auf 58,47%, bei endolaryngealen Eingriffen von 11,02 auf 16,07% gestiegen; die Sterblichkeit bei Fremdkörpern in den Bronchien hat sich von 55 auf 22,9% vermindert. In diesen Ziffern treten, wie Verf. mit Recht betont, die erfolgreichen Bemühungen zutage, welche Pieniazek und vor allem Killian der Ausbildung der bronchoskopischen Methode haben zuteil werden lassen. Aus der Fülle der interessanten statistischen Angaben seien nur diese wenigen hervorgehoben. Art, Sitz des Fremdkörpers, Todesursachen und andere wesentliche Faktoren werden ausführlich erörtert und ist diesbezüglich auf das Original zu verweisen.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

28) **P. Vergely.** **Épithélioma tubulé de l'épiglotte. Extirpation. Récidive très probable un an après. Ganglions indurés, infiltration considérable du cou, injections sous-cutanées de liqueur de Fowler dans la tumeur. Guérison.**

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 50.)

Soweit die Krankengeschichte aus der Überschrift nicht ersichtlich ist, wäre noch nachzutragen, daß beim Auftreten des Rezidivs nach der ersten Injektion von Liquor Fowleri, die wegen der Härte der Geschwulst äußerst schmerzhaft und schwierig war, der Zustand sich so verschlechterte, daß die Tracheotomie nötig wurde. Faute de mieux griff Verf. abermals zu Arseninjektionen, indem er 2 cm tief mit steigenden Dosen in das Gewebe spritzte. Der Erfolg war überraschend; nach 3 Monaten konnte die Kanüle wegbleiben, die vollkommene Heilung ist ein Jahr nachher kontrolliert.

Im Anschlusse hieran gibt Verf. einen historischen Überblick über die Bestrebungen, bösartige Geschwülste durch Arseninjektionen zu heilen, unter fast ausschließlicher Berücksichtigung der französischen Literatur; V. erwähnt eine Reihe der zur Erklärung der Heilwirkung aufgestellten Hypothesen und verbreitet sich ausführlich über die Technik der Injektionen, denen er im Vergleiche zur internen Darreichung den Vorzug gibt; event. spritzt er vorher 0,01 Cocain ein. Die vorliegende Arbeit soll das Arsen nur in Erinnerung bringen, keineswegs aber den chirurgischen Wirkungskreis für die Behandlung bösartiger Geschwülste einengen; immerhin dürfte es in verzweifelten Fällen hier und da Aussicht auf Erfolg bieten können. **F. Alexander** (Frankfurt a/M.).

29) **F. Sippel.** **Bericht über 100 Intubationen bei diphtheritischer Larynxstenose.**

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1903. Januar 1 u. 31.)

Verf. teilt aus der Olga-Heilanstalt in Stuttgart die mancherlei interessante Einzelheiten enthaltenden Krankengeschichten sämtlicher intubierter Fälle mit und berichtet über die gemachten Erfahrungen. Von 196 diphtherischen Larynxstenosen gingen 78 unter Heilserum und Dampfspray zurück, 18 wurden primär tracheotomiert, 100 intubiert, davon 82 sofort nach der Aufnahme, die übrigen in den ersten 24 Stunden. Nach mehr als 24 Stunden kam es dank dem immer injizierten Serum nie mehr zu Stenosen. Von den 100 Intubierten starben 10, darunter von 9 sekundär Tracheotomierten 4, von den Fällen reiner Intubation 6. Verhältnismäßig gute Resultate sah S. im Gegensatze zu anderen Autoren bei Kindern im ersten Lebensjahre; bei größeren Kindern bedeutet die Intubation gegenüber der Tracheotomie eine wesentliche Zeitersparnis, da oft ein kurzdauerndes Liegen der Tube genügt. Oft kommt es nur darauf an, die Atembeschwerden so lange zu beheben, bis das Serum seine Wirkung entfaltet. Bei Rachenstenose, Glottisödem, schwerer septischer Diphtherie mit Blutungen muß allerdings meist tracheotomiert werden; die Operation wird jedoch durch die vorhergehende Intubation sehr erleichtert. Von Schattenseiten des Verfahrens wurden erheblichere Schluckbeschwerden nur selten gesehen, in 5 Fällen Verstopfung der Tube, Hinabstoßen abgelöster Membranen einmal; dreimal stemmte sich das obere Ende der zur Hälfte ausgehusteten Tube an der Rachenwand an, so daß die Tube für die Luft undurchgängig wurde. Die meisten und gefährlichsten Störungen machte das in 57 Fällen beobachtete Aushusten der Tube. Fälle von Tubendekubitus wurden mehrfach beobachtet. Alle diese Komplikationen verliefen bei sofortiger sachgemäßer Behandlung ohne Todesfall. Ohne diese wäre sicher ein erheblicher Prozentsatz den Erstickungstod gestorben. Das Verfahren eignet sich daher für die Privatpraxis nur ausnahmsweise. **Mohr** (Bielefeld).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 18. **Sonnabend, den 2. Mai.** **1903.**

I.

Über die Rhinosklerompolypen und über eine Experimentalmethode der Diagnostik des Rhinoskleroms.

Von

Prof. **A. D. Pawlowsky** in Kiew (Rußland).

Vor 12 Jahren habe ich in der Sektion für Chirurgie des IV. Kongresses der russischen Ärzte in Moskau, am 4. Januar 1891, über zwei seltene Fälle von Rhinosklerom, welche in der Form von Rhinosklerompolypen der Nasenhöhle erwachsen waren, berichtet. Diese Fälle sind etwas später von mir in der russischen Zeitung »Medicinskoje Obosrenije« 1891 Nr. 8 ausführlich publiziert worden.

Es handelte sich hier in beiden Fällen über ein Rhinosklerom, welches in der Form von polypösen Gewächsen bloß in der rechten

Nasenhöhle ohne irgend welche andere Veränderungen in den Hautbedeckungen und in der Form der Nase konstatiert wurde.

Nach der Operation — Öffnung der Nasenhöhle, Ausschneidung und Auskratzung der polypösen Gewächse — zeigte die mikroskopische Untersuchung die typische Struktur des Rhinoskleroms (es ließen sich die Mikulicz'schen Zellen, hyaline Körper und die Frisch-schen Kapselbakterien nachweisen).

Im November 1902 hatte ich Gelegenheit gehabt, noch einen ähnlichen Fall beobachten zu können, welchen ich hier kurz publizieren möchte.

Es handelt sich um einen 52jährigen Mann, welcher seit 5 Jahren an chronischem Schnupfen, Störungen der Respiration und Blutungen aus der linken Nasenöffnung leidet.

Die Diagnose schwankte zwischen Lues, Tuberkulose und chronischer Entzündung. Bei einer genaueren Untersuchung konnte man in der linken Nasenhöhle zwischen der unteren und mittleren Nasenmuschel ziemlich derbe, schwielenartige, polypöse Gewächse konstatieren. Die Oberfläche der Gewächse zwischen den Nasenmuscheln erwies sich von Krusten bedeckt. Der Schnupfen ruft manchmal Blutungen hervor.

Auf der Haut der Nase und der Nasenflügel, ebenso wie auch in der Form der Nase sind keine Veränderungen zu finden. Die Konturen und Hautbedeckungen der Nase erscheinen vollständig normal. In der Highmorshöhle sind gleichfalls keine Veränderungen gefunden worden.

Beim Abimpfen mit Hilfe eines Platinspatels von der Oberfläche der Gewächse erhielt ich auf Agar eine Reinkultur von Rhinosklerombazillen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der ausgeschnittenen Stückchen ließ sich die typische Struktur des Rhinoskleroms konstatieren. Die Gewebe zeigten die Struktur eines Granuloms mit großen Mikulicz'schen Zellen, Hyalinkörpern und einer großen Menge von Frisch'schen Bazillen. Außerdem verwendete ich zur sicheren Diagnose des Rhinoskleroms noch eine Methode, mit deren Hilfe nach meiner Erfahrung es möglich erscheint, sicher und schnell die Rhinoskleromdiagnose festzustellen. Ich injizierte nämlich die erhaltene Rhinosklerombazillenkultur — nach meiner Methode, welche ich schon im Jahre 1891 russisch publiziert hatte[1] — zusammen mit warmem Agar-Agar in die Bauchhöhle einiger Meerschweinchen.

Nach 24—48 Stunden sterben gewöhnlich die Tiere. Bei der bakterioskopischen Untersuchung des Exsudats aus der Peritonealhöhle ließen sich Rhinosklerombazillen mit schönen Kapseln (nach Ribbert) in großer Menge nachweisen. Aus allen inneren Organen der gestorbenen Tiere, wie Herz, Blut, Leber, Milz, Nieren, Knochenmark, ließen sich Reinkulturen von den genannten Bazillen züchten.

[1] Siehe »Notizen über Rhinosklerom«. Medicinskoje Obosrenije 1891. Nr. 8. p. 3 u. 4.



Es ist also möglich, mit Hilfe dieser Methode eine tödliche allgemeine Rhinosklerominfektion bei Meerschweinchen hervorzurufen. Man kann dabei noch einmal den raschen Übergang der Rhinosklerombazillen aus der Peritonealhöhle in alle Eingeweide und Gewebe des Körpers beobachten und also darin wieder einmal eine neue Bestätigung meiner Beobachtungen über den raschen Übergang der pathogenen Mikroorganismen von der Stelle der Infektion in verschiedene andere Organe und Gewebe sehen (s. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. XXXIII, 1900, p. 261).

Dieser Übergang der Mikroorganismen ist aber hier Nebensache. An einer anderen Stelle werde ich hoffentlich bald Gelegenheit haben, noch über dieses wichtige Thema zu sprechen. In diesem Falle ist die Hauptsache aber die, daß diese Experimentalmethode zur Feststellung der Diagnose des Rhinoskleroms von großer Bedeutung ist. In den letzten 2 Jahren habe ich noch in 6 Fällen Gelegenheit gehabt, diese meine Methode immer mit positivem Resultate anwenden zu können.

Die Bazillen der Ozaena, welche, wie bekannt, den Rhinosklerombazillen sehr ähnlich sehen, ebenso auch andere Kapselbazillen (die Friedländer'schen etc.), rufen bei der Intraperitonealeinspritzung mit Agar-Agar bei Meerschweinchen keine tödliche Infektion hervor.

Dieses ist der dritte von mir publizierte Fall von Rhinosklerompolypen, aus dem man ersieht, daß das Rhinosklerom primär in der Form von Nasenpolypen oder Nasengewächsen ohne irgend welche andere Veränderungen in den Hautbedeckungen der Nase, Lippen oder in der Mundhöhle existieren kann. Diese Form des Rhinoskleroms gehört also zu den seltensten Formen desselben.

Mit Hilfe der histologischen und bakteriologischen Untersuchungen und der soeben beschriebenen experimentellen Methode, d. h. Einspritzung der erhaltenen Kulturen zusammen mit Agar-Agar in die Bauchhöhle von Meerschweinchen ist es möglich, selbst in den schwierigsten und unklarsten Fällen die Diagnose des Rhinoskleroms sicher festzustellen.

II.

(Aus der II. chirurgischen Abteilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien. Vorstand: Hofrat Prof. v. Mosetig-Moorhof.)

Zur Technik der Infiltrationsanästhesie. Eine selbstwirkende Injektionsspritze[1].

Von

Dr. Siegfried Spiegel,

dz. Operationszögling der Klinik Hofrat Schauta.

Seitdem im Jahre 1894 Schleich auf dem deutschen Chirurgenkongreß seine Methode der Infiltrationsanästhesie demonstriert hat

[1] Demonstriert in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

trat dieselbe ihren Eroberungszug in der Chirurgie an, und mit Recht gilt dieses Verfahren dort als segensreich, wo die in ihren Ausgängen oft unberechenbare Narkose ersetzt werden kann oder vermieden werden muß. Nur die Technik der Infiltration ist einerseits dort, wo *größere Schnitte* geführt werden sollen, wegen der schwierigen Handhabung größerer Spritzen, andererseits, wo *Raumbeschränktheit*, wie z. B. am Halse, vorliegt, infolge *schwerer* Zugänglichkeit, eine umständliche und für den Arzt mühevolle geblieben.

Um diesen Übelständen abzuhelfen konstruierte ich eine *selbstwirkende Injektionsspritze*, deren Publizierung mir, nachdem dieselbe *bereits über ein Jahr auf* obiger Abteilung in ununterbrochener, beinahe täglicher Verwendung steht, empfehlenswert erscheint. *Die Spritze besorgt die Injektion selbsttätig; zu ihrer Bedienung genügt eine Hand, so daß die zweite Hand für anderweitige Manipulationen freibleibt.*

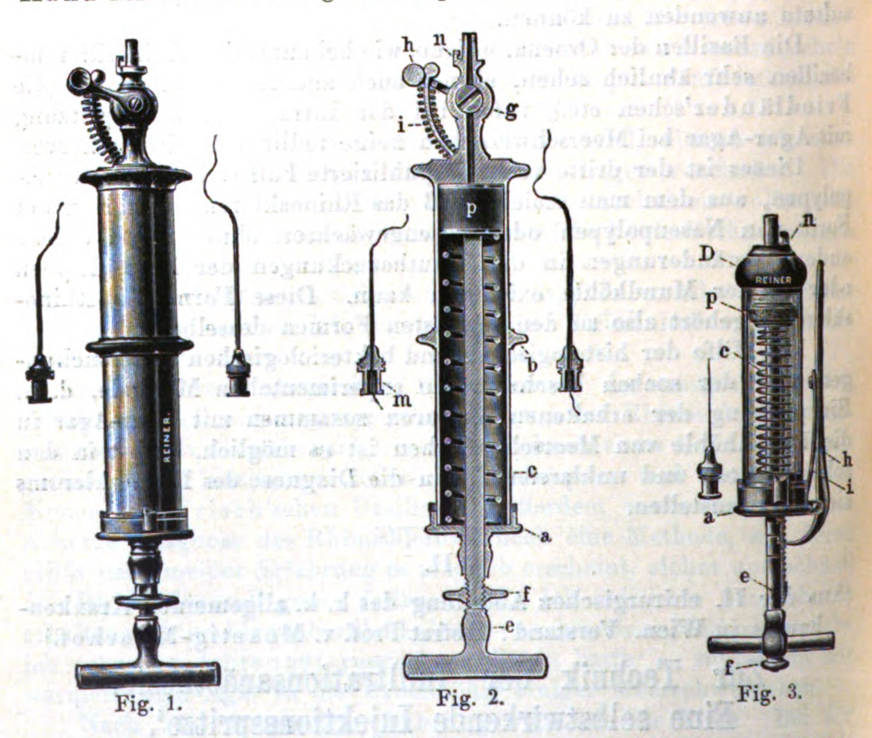


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

Das Prinzip dieser Spritze beruht darauf, daß der Kolben *p* (Fig. 2 Längsschnitt) statt durch die Hand durch eine kräftige Spiralfeder *c* gegen die Ausflußöffnung gedrückt wird. Letztere ist durch einen Hahn *g* verschließbar, der durch eine Feder *i* immer in der Schließstellung gehalten wird. Dadurch wird der Austritt der Flüssigkeit aus der Spritze in nichtgebrauchtem Zustande verhindert. Die Verbindung der Kanüle mit der Spritze modifizierte ich dahin, daß am unteren Verschlußdeckel ein Haken *n* angebracht ist, dem an der Kanüle ein Schlitz entspricht; nach dem Aufstecken und einer leichten Drehung der Kanüle umgreift

dieser Haken einen schraubenartig aufsteigenden Reifen, wodurch eine feste und luftdichte Verbindung hergestellt ist, was bei den gewöhnlichen Kanülen nicht der Fall ist, da oft zwischen Konus und Kanüle Flüssigkeit austritt, letztere in der Haut beim Zurückziehen der Spritze stecken bleibt und andere Übelstände auftreten.

Die Spritze faßt 30 ccm, ist aus vollkommen sterilisierbarem Material angefertigt, der Kolben aus Asbest, regulierbar, Dichtungsringe und Schraubenverschlüsse sind vermieden. Die Handhabung der Spritze ist sehr einfach; durch Zug am Kolbengriff und gleichzeitige Öffnung des Hahnes wird die betreffende Flüssigkeit aspiriert und dann die Kanüle mit einer Drehung aufgesetzt; die etwa enthaltene Luft wird durch Öffnung des Hahnes entfernt. Von nun an genügt die Bedienung der Spritze mit einer Hand, indem man stets bei Gebrauch mit einem Finger dieser Hand den Hahn öffnet. Der Druck der Feder bewirkt, daß ein ca. 3 m hoher Flüssigkeitsstrahl aus der Kanüle austritt; die Kraft dieses Strahles kann durch geringere oder stärkere Öffnung des Hahnes reguliert werden.

Auf obiger Abteilung wurde die Spritze am 15. Januar 1902 in Verwendung genommen; ein Überblick über die 894 bis zum 15. Januar 1903 an liegendem Material ausgeführten Operationen zeigt, daß hiervon 210 unter Verwendung der Spritze in Infiltrationsanästhesie, 183 mit Cocaininjektionen, 475 in Narkose und 26 ohne Anästhesie vorgenommen wurden, somit 47% von sämtlichen Operationen ohne Narkose ausgeführt wurden.

Von den unter Verwendung dieser Spritze in Lokalanästhesie (zumeist Schleich'sche Lösung Nr. II) ausgeführten Operationen sind besonders hervorzuheben: 81 Radikaloperationen nach Bassini, 14 Laparotomien (und zwar 6 Gastrostomien, 6 Gastrojejunostomien, 2 Kolostomien), 6 Exstirpationen und Plastik bei Carcinoma labii infer., 14 Herniotomien bei Incarceratio, 17 Exstirpationen von größeren Lymphomen am Halse, 15 Struma-Resektionen resp. Enukleationen, 15 Radikaloperationen bei Hydrocele testis, 5 Kastrationen, 3 Enucleationes digiti, 1 Sectio alta, 1 Amputatio penis, 1 Resectio costae, 5 größere Lipomexstirpationen, 5 Hygromexstirpationen, 3 Resektionen bei Varices cruris, 3 Varicokelen, 3 Adenoma mammae, 1 Blasenfistel, 18 kleinere Operationen, wie Inzisionen bei Phlegmonen, Abszessen, Mastitiden, Exstirpationen von Hämangiomen, kleineren Hauttumoren etc. . . . . Bei allen erwähnten Operationen erfolgte die Infiltration stets mühelos, die Quaddelbildung ging gleichmäßig und nicht stoßweiße, wie es sonst der Fall ist, vor sich, die Anästhesie war eine vollkommene. Durch ihren größeren Fassungsraum ist die Spritze mitten während der Operation jederzeit zur neuerlichen Injektion gebrauchsfertig, ein Umstand, der besonders für den ohne Assistenz arbeitenden Arzt von Wichtigkeit

ist. Trotz bereits einjährigen Gebrauchs funktioniert die Spritze auch heute noch tadellos. Dieselbe ist auch für Seruminjektionen oder Kochsalzinfusionen zu gebrauchen. Für die Cocainanästhesie, welche auf obiger Abteilung hauptsächlich bei kleinen Operationen, wie Hämorrhoidalknoten, kleinen Hauttumoren etc. verwendet wird, konstruierte ich eine selbstwirkende Injektionsspritze von 7 ccm Inhalt (Fig. 3), welche im wesentlichen aus einem Glascylinder und einem durch eine Spiralfeder niedergedrückten Kolben besteht. Die Kolbenstange *e* ist gezähnt, in die Zähne greift eine Sperrklinke *h* ein, welche mittels der Feder *i* eingehakt erhalten wird. Nachdem Flüssigkeit aspiriert ist und die Kanüle aufgesteckt wurde, genügt ein leichter Druck auf das Ende von *h*, um die Sperre auszulösen, welche sofort wieder eintritt, wenn nach genügender Injektion der Finger den Hebel losläßt.

Die Vorteile dieser Spritzen bestehen also kurz zusammengefaßt in selbsttätiger Injektion, leichter Handhabung, tadelloser Asepsis und durch Erfahrung bestätigter Dauerhaftigkeit[2].

Herrn Hofrat Prof. v. Mosetig spreche ich für die mit dieser Spritze in liebenswürdiger Weise vorgenommenen Versuche, sowie für die Einführung derselben in die praktische Chirurgie meinen besten Dank aus.

---

1) **Rille.** Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Erste Abteilung.

Jena, **Gustav Fischer,** 1902.

Das vorliegende Lehrbuch ist auf eine Aufforderung des Prof. Freiherrn v. Mering entstanden. Es sollte einen Teil des von ihm herausgegebenen Lehrbuchs der inneren Medizin bilden. Der hierfür bewilligte Raum wurde aber vom Verf. um das Vierfache überschritten, so daß sich Verf. und Verleger entschlossen, das Buch gesondert herauszugeben. Daß diese Abtrennung gemacht wurde, ist bedauerlich. Man hätte einer kurz gefaßten Darstellung der Haut- und Geschlechtskrankheiten keine bessere Empfehlung auf den Weg mitgeben können, als wenn sie in dem vortrefflichen v. Mering-schen Lehrbuch erschienen wäre. Sicherlich wäre bei der großen Verbreitung, welche dieses Buch bereits jetzt hat, für die Haut- und Geschlechtskrankheiten nach mancher Richtung hin Interesse erweckt worden, gewiß nicht zum Schaden unserer Spezialität. Andererseits ist zu berücksichtigen, daß sich die Lehre von den Haut- und Geschlechtskrankheiten dank der reichlichen Arbeiten in den letzten Jahrzehnten nicht mehr in so engem Rahmen darstellen läßt. Unsere Spezialität ist zu umfangreich geworden, um nur ein Anhang der inneren Medizin zu sein.

---

[2] Die Spritze ist durch Patentierung geschützt und ist bei H. Reiner, Instrumentenfabrik, Wien IX, van Swietengasse 10, zu haben.

Die Darstellung ist sehr präzis und klar, und überall ist die gründliche klinische Erfahrung an dem reichen Material der Wiener Schule zu erkennen. Leider ist die pathologische Anatomie kurz behandelt. Auf Einzelheiten einzugehen, fehlt mir der Raum.

In der vorliegenden I. Abteilung sind abgehandelt die Circulationsanomalien, Funktionsanomalien, Entzündungsformen (einschließlich der akuten Exantheme), die infektiösen Granulationsgeschwülste, Dermatomykosen, Hauterkrankungen durch tierische Parasiten, Hypertrophien. **Klingmüller** (Breslau).

2) **Monthus.** Des altérations oculaires dans le xeroderma pigmentosum.

(Ann. de dermatolog. et de syphiligr. 1902. p. 673.)

M. bespricht an der Hand zweier eigenen Beobachtungen und anderer Fälle aus der Literatur die Augenveränderungen bei Xeroderma pigmentosum, welche sehr häufig sind. Die Augenlider, die Konjunktiven, die Cornea stellen eine Lieblingslokalisation dar. An den Augenlidern findet man verschiedene Stadien: rote und Pigmentflecke, Atrophien und Geschwülste; Augenbrauen und Wimpern fallen dabei teilweise oder ganz aus. Von sekundären Störungen infolge der Lidbeteiligung können auftreten: narbige Retraktion der Haut, Ektropium, Districhiasis, Hornhautgeschwüre. Ebenso können sich spezifisch xerodermische Veränderungen auf der Konjunktiva entwickeln und zu Symblepharon führen. Die tieferen Membranen bleiben gewöhnlich frei, doch ist ein Fall von Irisatrophie bei Xeroderma beobachtet. Die Beteiligung der Augen kann in jedem Stadium der Krankheit eintreten. Die Diagnose gründet sich auf das Vorhandensein roter und pigmentierter Flecke, auf die Atrophien die Teleangiektasien und die epithelialen Neubildungen. Die Prognose ist ernst und hängt ab von der frühzeitigen Entfernung der Geschwülste. **Klingmüller** (Breslau).

3) **Queyrat.** Chancres mous des doigts et de la main. Procédé de coloration rapide du bacille de Ducrey.

(Annal. de dermatolog. et de syphiligr. 1902. p. 731.)

Weicher Schanker an den Fingern und Händen ist sehr selten. In der Literatur sind erst 50 Fälle bekannt. Verf. fügt dazu 5 Fälle aus eigener Beobachtung, deren Diagnose durch den mikroskopischen Nachweis von Streptobazillen und Inokultation an den betreffenden Pat. sichergestellt ist. Zur Färbung empfiehlt er folgende Mischung: Destilliertes Wasser 20 ccm, Ziehl'sche Fuchsinlösung 10 Tropfen, gesättigte Methylenblaulösung 7 Tropfen, mit welcher er 10 Minuten färbt. Das Zellprotoplasma wird rosa, Kerne und Mikroorganismen blauviolett. **Klingmüller** (Breslau).

4) **Cadwallader.** Silver vitelline.

(Pacific med. journ. 1902. Nr. 11.)

Das Silbervitellin enthält in der Lösung 30% Silber, es fällt weder Eiweiß noch Kochsalz, es koaguliert daher nicht auf Schleimhäuten und dringt in die Tiefe der Gewebe, ohne zu ätzen. Verf. hat das Silbervitellin in 2—4%iger Lösung bei Gonorrhoe angewandt und sah dabei überraschende Erfolge besonders in chronischen Fällen. Auf Wunden und bei Augenentzündung angewandt hatte das Vitellin keine bessere Wirkung als die gebräuchlichen Mittel (Sublimat, Kalomel etc.). **Herhold** (Altona).

---

5) **H. Dreesmann** (Köln). Über Merkurol.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

Merkurol ist eine chemische Verbindung von Quecksilber mit Nukleïnsäure und stellt ein bräunlich-weißes Pulver dar, das in Wasser leicht löslich ist und in eiweißhaltigen Flüssigkeiten nicht koaguliert. Nach D.'s Erfahrungen ist es zu empfehlen:

1) bei Beingeschwüren und anderen chronischen geschwürigen Prozessen in Form von 2 bis 5%iger Salbe;

2) bei stark granulierenden Wunden und Ulcus molle als Streupulver, zum Zweck des Ätzens;

3) bei Gonorrhoe zur Injektion in 0,5 bis 2%iger Lösung;

4) bei Lues in Gaben von 0,05 bis 0,1 g innerlich 2mal täglich.

Kramer (Glogau).

---

6) **Miclescu.** Kritische Beiträge zur Diagnose und chirurgischen Therapie der typhösen Darmperforation und Perforationsperitonitis.

(Therapeutische Monatshefte 1902. Hft. 11 u. 12.)

7) **F. Shepherd.** On three cases of perforated typhoid ulcer successfully operated etc.

(Edinb. med. journ. 1902. Dezember. p. 530.)

M., welcher mit Recht betont, daß man, um bei der in Rede stehenden Erkrankung mit Erfolg zu operieren, verstehen muß, den Eintritt der Perforation von der 10—12 Stunden später beginnenden allgemeinen Peritonitis zu unterscheiden, wendet zunächst der differentiellen Diagnose des perforierenden Typhusgeschwürs große Sorgfalt zu. Als Haupterscheinungen, welche am seltensten täuschen, bezeichnet er den im Verlaufe des Typhus plötzlich auftretenden, oft von Erbrechen begleiteten, äußerst heftigen Schmerz in der rechten Unterbauchgegend mit tetanischer Spannung der Bauchmuskeln und kleinem, jagendem Pulse. Es gilt, den Moment der Perforation zu erhaschen, sofort — ohne Rücksicht auf den etwa vorhandenen und für sich zu bekämpfenden Kollaps und in jedem Stadium der Krankheit — die Operation vorzunehmen und sie möglichst rasch zu beenden. Auf diesen Punkt, die rasche Beendigung

der Operation, legt auch S., welcher über drei von ihm mit Erfolg operierte Fälle berichtet, sehr großes Gewicht. Beide Autoren verlangen deshalb, daß die ja meistens in der Umgebung der Ileocoecalklappe befindliche Perforation, sowie alle verdächtigen, der Perforation nahen Stellen mit fortlaufender Naht, welcher in zweiter Reihe einige Knopfnähte hinzugefügt werden, genäht werden soll. Beide empfehlen auch weiter recht ausgiebige Ausspülung der Bauchhöhle, warnen vor der Vornahme von Resektionen und vor vollständigem Verschluß der Operationswunde, da in allen Fällen Eiterung eintritt. Beide empfehlen auch, nicht unter lokaler, sondern bei vorsichtig eingeleiteter allgemeiner Anästhesie die Operation vorzunehmen.

M. hat 131 Fälle mit 37 = 28,3% günstigen Erfolgen (die drei Fälle von S. sind nicht mit dabei) zusammengestellt, was ja angesichts der überaus trüben Prognose nicht operierter Fälle entschieden ein ermunterndes Resultat ist. Natürlich entsteht in den geheilten Fällen fast ausnahmslos ein Bauchbruch.

Willemer (Ludwigslust).

---

8) **Moynihan.** Hour-glass stomach.

(Edinb. med. journ. Vol. XI. Nr. 6. p. 513.)

M. veröffentlicht 14 Fälle, in welchen er wegen Sanduhrmagen operierte; zwei von diesen waren durch Karzinom, die übrigen durch einfaches Geschwür bedingt; von ersteren verstarb einer, von letzteren drei. Verf. tritt sehr entschieden auf gegen die Ansicht, daß in manchen Fällen die Mißbildung des Magens angeboren und das Geschwür sekundär sei; beweiskräftige Präparate für solche angeborene Sanduhrform liegen seiner Ansicht nach überhaupt nicht vor. Er macht wiederholt auf den oft übersehenen Umstand aufmerksam, daß außer der die Sanduhrform bedingenden Verengerung noch eine zweite Verengerung am Pylorus besteht, deren Übersehen natürlich das Operationsresultat aus verschiedenen Gründen zu einem unbefriedigenden machen muß. Bei solchen Doppelverengerungen müssen zuweilen zwei Operationen am Magen ausgeführt werden. Für die Differentialdiagnose kommen Speiseröhren- und einfache Pylorusstenosen in Betracht. Je näher diesen Stellen die Magenverengerung liegt, desto schwieriger ist sie vor der Operation genau zu diagnostizieren, während man durch Ausspülungen und Gasaufblähung sonst bei einiger Übung meistens zu einer wichtigen Diagnose kommen kann. Zu bemerken ist noch, daß die narbigen Verdickungen in der Umgebung eines Geschwürs im Verein mit den krampfartigen Zusammenziehungen der hypertrophischen Magenmuskulatur zuweilen eine bösartige Geschwulst vortäuschen können. (Auch Ref. hat einen derartigen Fall gesehen.) Für die Operation ist es wichtig, sich nicht mit der Betastung des vorliegenden Teiles des Magens zu begnügen, sondern, wenn irgend möglich, stets den ganzen Magen bis zu seinen beiden Endpunkten abzutasten. Die Art des operativen

Eingriffes wird immer nach der Lage des einzelnen Falles zu bestimmen sein; Gastroplastik, Gastrogastrostomie oder Gastroanastomose, Gastroenterostomie, partielle Gastrektomie werden in Frage kommen und, wenn nötig, noch mit Pyloroplastik oder Gastrolyse zu verbinden sein.

Willemer (Ludwigslust).

9) **V. Bonney.** Injurious renal mobility (»nephrospasis«) in relation to gynaecology etc.

(Edinb. med. jonrn. 1902. Dezember. p. 515.)

B. entnimmt den Grund zu seiner Arbeit dem Umstande, daß häufig von den Nieren veranlaßte Beschwerden nicht richtig erkannt, als von den Unterleibsorganen ausgehend angesehen und demgemäß oft lange erfolglos behandelt werden. Er sucht mit Recht eine strenge Unterscheidung einzuführen für diejenigen Fälle von abnorm beweglicher Niere, welche keine und solche, welche mehr oder weniger lebhafte Beschwerden veranlaßten, und sucht nach Merkmalen, welche es dem Arzte ermöglichen, schon durch seine Untersuchung festzustellen, welcher von den beiden Arten der vorliegende Fall angehört. Für die von Beschwerden begleiteten Fälle schlägt B. zum Unterschiede von den anderen die Bezeichnung Nephrospasis vor. Sein durch genaue und in jedem Falle mehrfach wiederholte an 100 aufeinander folgenden Pat., von denen nicht alle geboren hatten, vorgenommene Untersuchungen gestützter Gedankengang ist etwa folgender: Ganz unbeweglich ist keine normale Niere, alle folgen den respiratorischen Bewegungen des Zwerchfells. Ihren Halt gegenüber diesen Bewegungen bekommt die Niere erstens durch ihre Verbindung mit dem Zwerchfell, zweitens durch das Fettpolster, auf welchem sie ruht (Unterstützung von oben und von unten). Erst wenn diese beiden Unterstützungsarten versagen und der Stiel der Niere belastet wird, fängt die Wanderniere an, Beschwerden zu machen (Nephrospasis). Zu erkennen an objektiv wahrnehmbaren Erscheinungen ist dieses Stadium in manchen Fällen. Man findet nämlich dann, daß die bei der tiefen Inspiration heruntergetretene und von den tastenden Fingern gehaltene Niere keine Neigung zeigt, bei der Exspiration wieder hinauf zu rücken und außerdem, daß der untere Pol der Niere eine Innenrotation um eine anteroposteriore Achse zeigt. Diese Innenrotation des unteren Pols ist ein pathognomonisches Zeichen für ungehörige Belastung des Stieles der Niere und war in keinem der von Beschwerden nicht begleiteten Fälle vorhanden.

B. fand von Wanderniere verursachte Beschwerden fast nie bei unter 20 und über 55 Jahre alten Pat. Vorausgegangene Geburten vermehrten die Beweglichkeit der Niere nicht, aber von den Pat., welche nicht geboren hatten, hatte ein größerer Prozentsatz Beschwerden von der beweglichen Niere. Erfolg von einer operativen Behandlung der Wanderniere erwartet B. nur, wenn die beiden oben angegebenen Kardinalsymptome der »Nephrospasis« vorhanden

sind. Er warnt davor, die Niere zu weit unten oder zu weit außen zu befestigen bei einem etwaigen operativen Eingriffe, da dann zuweilen nur erreicht würde, daß die vor der Operation zeitweise auftretenden Beschwerden nach der Operation andauernd vorhanden wären. **Willemer** (Ludwigslust).

---

10) **Rumpel.** Erfahrungen über die praktische Anwendung der Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn bei Nierenerkrankungen. (Aus dem Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 1—3.)

R. beschreibt in der Abhandlung eingehend die Methode der Gefrierpunktsbestimmungen an der Hand der erweiterten Erfahrungen, die bisher an ca. 300 Fällen der ersten chirurgischen Abteilung Kümmell's gewonnen worden sind, und gibt in Tabellen die Ergebnisse dieser Untersuchungen. Durch diese wird von neuem bestätigt, daß bei ungestörter Nierenfunktion, auch dann, wenn andere Organerkrankungen bestehen, die molekulare Konzentration des Blutes eine sehr konstante ist und im Mittel durch eine Gefrierpunktserniedrigung von 0,56° C. zum Ausdruck gelangt, dagegen sich bei Erkrankung beider Nieren erhöht zeigt, was durch das Tiefertreten des Gefrierpunktes unter 0,58 beobachtet wurde. In diesen letzteren Fällen war fast immer mit der Konzentrationserhöhung des Blutes eine Verminderung der molekularen Konzentration des Urins (Gefrierpunkt meist unter 0,9 bis 0,2) nachzuweisen. Dagegen fand sich bei nur einseitiger Nierenerkrankung stets normale Blut- (Gefrierpunkt 0,55—0,57) und Gesamtharnkonzentration, während der durch Harnleiterkatheterismus gewonnene Urin der kranken Niere verminderte molekulare Konzentration, und zwar entsprechend der Ausdehnung der Erkrankung, zeigte.

Diese Ergebnisse lassen nun auch den Schluß zu, daß bei normaler molekularer Konzentration des Blutes, wenigstens in den meisten Fällen, keine doppelseitige Nierenerkrankung bestehen kann, bei Konzentrationserhöhung aber stets eine solche angenommen werden darf. In Bezug auf die Verwertung der Kryoskopie für die Diagnose und Indikationsstellung bei chirurgischen Eingriffen stimmen R.'s weitere Ausführungen mit den früher von Kümmell ausgesprochenen Ansichten überein. **Kramer** (Glogau).

---

11) **A. Pertz.** Die Diagnose chirurgischer Erkrankungen vermittels der Röntgenstrahlen.

Habilitationsschrift, Freiburg i/Br., 1902. 68 S.

In seiner Monographie gibt P. einen allseitig umfassenden Bericht über die Leistungen der Röntgenstrahlen in der Chirurgie. Seine Worte verraten einen gewiegten Röntgographen, welcher die

bedeutende Leistungsfähigkeit der Röntgenstrahlen bei allen chirurgischen Erkrankungen kennt, der aber auch der Grenzen, welcher dieser Untersuchungsart gestellt sind, sich wohl bewußt ist.

Neues bringt die Monographie für den auf diesem Gebiet Erfahrenen nicht, wohl aber dürfte sie allen anderen, denen diese Untersuchungsmethode ferner liegt, eine willkommene Übersicht über die Leistungsfähigkeit der Röntgenstrahlen auf chirurgischem Gebiete geben.

H. Wagner (Breslau).

---

12) **A. Exner.** Beiträge zur Kenntnis der akuten Knochenatrophie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 1.)

Die akute Atrophie der Knochen, die sich an den Extremitäten nach Entzündungsprozessen entwickelt, wurde zuerst von Sudeck beobachtet und beschrieben. Kurze Zeit nach der Arbeit Sudeck's erschien eine längere Mitteilung von Kienböck, der sich eingehend mit derselben Frage beschäftigte und die beobachteten Vorgänge auf die zu supponierenden feineren anatomischen Veränderungen zurückzuführen suchte. E. findet die beobachtete Aufhellung der Knochschatten im Röntgenbild in zwei Formen. Die erste ist durch verschwommene Flecke charakterisiert, wobei die einzelnen Bälkchen der Spongiosa kaum zu erkennen sind, die zweite durch Rarefikation der scharf gezeichneten Bälkchen. Im letzteren Falle sind eben eine Zahl von Bälkchen verschwunden. Für den ersteren Fall nimmt Kienböck an, daß die mikroskopischen Defekte an den Bälkchen offenbar zu klein seien, um sich auf der verhältnismäßig grobkörnigen photographischen Platte abzubilden; es wurde dabei das Bild eines leicht durchdringlichen und schlecht abgegrenzten Bildes erzeugt; ebenso liegt die Annahme nahe, daß in den Markräumen die aus dem resorbierten Knochen stammenden gelösten Kalksalze abgelagert sind und ein scharfes kontrastvolles Hervortreten des Knochenbildes noch verringerten. Als Ursache der Atrophien nimmt Kienböck mit Sudeck trophoneurotische Störungen an. E. bereichert in seiner Arbeit die bisher bekannte Kasuistik um eine Anzahl interessanter Fälle (6 Fälle von Knochenbrüchen, 2 von Gonorrhoe, 6 von akut eitriger Entzündung, 13 von Gelenktuberkulosen und 1 von Lues hereditaria.) Er war in der glücklichen Lage, bei einem Teile der Fälle an skelettierten Knochen seine Untersuchungen ausführen zu können, wobei naturgemäß die Skiagramme schärfer gezeichnete Bilder ergaben, als wenn die Extremität in toto photographiert wurde. Bei der Präparation der Knochen zeichnen sich die pathologischen Knochen durch abnorme Weichheit aus. Es war nur mit großer Schwierigkeit möglich, das den Knochen anhaftende Gewebe ohne Schädigung derselben zu entfernen; die Knochen ließen sich zum Teil zwischen den Fingern zerdrücken (Fußwurzelknochen); es war möglich, dem runden Querschnitt der Röhrenknochen am Metatarsus und Metacarpus durch Fingerdruck eine ovale Gestalt zu geben.

Daß diese Veränderungen auch bei der Funktion der Extremitäten durch Verbiegung der Knochen Schmerzen bereiten, ist einleuchtend, so daß ein Teil der oft schweren Funktionsstörungen durch Atrophie der Knochen bedingt sein wird. Bei den chemischen Untersuchungen konnte E. feststellen, daß bei akuter Knochenatrophie das Gewicht des Kubikcentimeter getrockneten Knochens auf ein Drittel des normalen reduziert werden kann. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Zahl der Bälkchen in den erkrankten Knochen abgenommen hatte; die vorhandenen waren durchschnittlich dünner als die normalen Knochen. Die äußere Begrenzungsschicht war bedeutend verschmälert und war, wo sie dem Gelenkknorpel anlag, zu fast allen Zeiten außerordentlich dünn, betrug oft nur wenige Mikren, so daß sie stellenweise bei schwacher Vergrößerung kaum zu sehen war. **H. Wagner** (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

13) Congrès Français de Chirurgie.

XV. session, tenue à Paris du 20. au 25. Octobre 1902.

(Revue de chir. Jahrg. XXII. Nr. 11.)

(Fortsetzung.)

Lermoyes (Paris): Abcès cérébral otogène. Opération. Guérison.

Anknüpfend an seinen Fall, der trotz zweimaliger Rezidive zur Heilung gelangte, bespricht L. die geeigneten Operationsmethoden und ihre Erfolge. Wichtig ist, die Diagnose frühzeitig zu stellen, und hierzu soll man sich mit wenigen Symptomen begnügen. Zu diesen gehört auch schnelle Abmagerung und geistiger Verfall bei Fieber und Otorrhoe. Der geeignetste Zugang zum Schläfenlappen ist der vom Proc. mastoideus aus; immerhin ist es ungünstig, das Gehirn durch eine Eiterhöhle hindurch zu drainieren; doch stellen sich die Resultate günstiger als beim direkten Eingehen auf den Schläfenlappen, wo der ursprüngliche Herd erhalten bleibt. Dort 60%, hier 40% Heilungen. Die schönsten Erfolge, 84% Heilungen, ergibt eine doppelte Eröffnung vom Antrum und durch die Squama her.

Berthomier (Moulins): Déstruction complète de la troisième circonvolution frontale gauche chez un gaucher.

Durch Sturz vom Baume erlitt ein Linkser ausgedehnte Zertrümmerung des Schädels vom linken Auge bis zum linken Ohre mit Hirnvorfall, der aus der 3. Stirnwindung bestand. Zahlreiche Splitter. Der Kranke heilte, ohne Sprachstörungen darzubieten, nach Unterbindung der Meningea, Reinigung der Wunde mit Wasserstoffsuperoxyd.

Goris (Brüssel): Un cas de chirurgie cérébrale pour complication endo-crânienne d'otite moyenne purulente chronique. Guérison.

Nach 21jährigem Bestande einer Otorrhoe Einsetzen cerebraler Symptome: partielle Okulomotoriuslähmung, Stauungspapille, Erbrechen etc. Radikaloperation der Otitis media und Trepanation in der Fossa temporalis, wobei extradural ein Sequester gefunden wurde, der etwa der Spitze der Felsenbeinpyramide entsprach. Heilung im Verlaufe von 2 Monaten.

G. Laurens (Paris): Abcès du cerveau et du cervelet avec phlébite suppurée du sinus latéral. Opération. Guérison.

2 Monate nach akuter Otitis Auftreten von Hemikranie, Fieber, Pulsverlangsamung, Frost, Schwindel, taumelndem Gang, Abmagerung. Plötzlich komatöser

Zustand mit Hemiparese (rechtsseitig, wie die Otitis). Ligatur der Jugularis, Trepanation des Antrum, Ausschaben des Sinus, Entleerung eines durch Punktion des Kleinhirns eröffneten Abszesses. 14 Tage später machten Fieber, Pulsverlangsamung und genau lokalisierter Schmerz im Temporallappen erneuten Eingriff nötig, der einen Abszeß im Schläfenlappen aufdeckte. Danach Heilung.

Cazin (Paris): Abcès osseux aberrant consécutif à l'otite moyenne.

Der Abszeß entwickelte sich langsam nach Otitis media im Parietale, wo ein langsam heilender Knochendefekt zurückblieb.

Malherbe (Paris): Traitement rationnel de l'otite moyenne aiguë purulente chez l'enfant.

Da beim Kinde die Verbindung zwischen Paukenhöhle und Antrum eine weitere ist als im Ohre des Erwachsenen, so ist bei ihm die Paracentese des Trommelfelles weniger angezeigt als die Freilegung des Antrum. Von hier aus soll die Paukenhöhle drainiert werden.

Gauthier (Luxeuil): Sur la trépanation de l'apophyse mastoïde au thermocautère.

Die Anwendung der Thermokauter bezieht sich nur auf die Weichteile.

Jacques (Nancy): Traitement opératoire des kystes paradentaires du maxillaire supérieur.

Die Exstirpation der Membran wird, wie üblich, von der Wangenschleimhaut her ausgeführt, die Inzision jedoch, nach Eröffnung der Nasenhöhle behufs Drainage, geschlossen. Da Infektion der Wundhöhle ausgeschlossen ist, erfolgt die Heilung schnell.

J. L. Faure (Paris): Traitement des cancers de l'arrière gorge.

Bei Operation der Rachenkarzinome bedient sich F. einer Insision, die vom Munde über den Kieferwinkel hinab am vorderen Rande des Sterno-cleido-mastoid. entlang verläuft. Der aufsteigende Ast des Unterkiefers wird schnell entblößt, durchsägt, herausgerissen, die Carotis ext. unterbunden. Präventive Tracheotomie ist nicht nötig. Wenn wir frühzeitig operieren, werden wir auch hier radikale Heilungen erzielen. Vorläufig ist die Sterblichkeit noch eine hohe, ca. 33%. Breite Drainage, Offenhalten des unteren Wundwinkels in der Nachbehandlung sind erforderlich.

Peugniez (Amiens): Hémi-section de la moelle par coup de couteau; syndrome de Brown-Séquard.

Der fragliche Kranke hat während 14 Jahren die Messerklinge, welche die halbseitige Durchtrennung des Rückenmarkes zwischen 3. und 4. Brustwirbel herbeiführte, fast reaktionslos bei sich getragen. Es bildeten sich nur unter dem Symptomenkomplexe der Brown-Séquard'schen Lähmung sklerotische Veränderungen des Markes aus. Erst eine Infektion, welche ihren Ausgang von einer trophischen Ulceration nahm, erregte eine Wundentzündung um den Fremdkörper, die zum Tode führte.

Moty (Armés). Incision postérieure dans l'empyème.

Sie verläuft möglichst in der Faserrichtung des Latiss. dorsi, entspricht als tiefster Punkt dem Gesetze der Schwere, heilt schnell und ohne Fistel. Die 9. Rippe wird reseziert.

Gangolphe (Lyon): Indications et contre-indications de l'opération de Délorme.

Sie ist unnütz beim Kinde, weil meist die Inzision der Pleura genügt, wie oft selbst bei Erwachsenen. Hingegen vereiteln hier oft die ausgedehnten Verwachsungen und Schwarten die Ausführbarkeit der Lungenablösung. (Vergleiche dagegen das eingehende Referat von Delorme im Frans. Chir.-Kongr. 1901.)

Monprofit (Angers): Résultats fonctionnels des différents procédés de gastro-entérostomie.

Von 101 Gastroenterostomien wurden 15 nach Wölfler, 73 nach v. Hacker, 13 nach Roux ausgeführt. Die Erfolge sind fast gleich gut nach den letzten

beiden Methoden, idealer nach Roux. Bei Schwerkranken — Karzinomatösen etc. — zieht M. v. Hacker's Gastroenterostomie der Einfachheit und Kürze halber — Dauer 20—30 Minuten — der Y-Anastomose vor.

Hartmann (Paris): Résultats et indications du traitement chirurgical dans les affections non néoplasiques de l'estomac (60 opérations personnelles).

Von großer Wichtigkeit sei die richtige Diagnose und rechtzeitige Indikationsstellung. Von 36 Kranken, die Hayem und Soupault geschickt hatten, starb nur einer, von 24 andererseits — mit vorgeschrittenem Verfalle der Kräfte — zugesandten 9 infolge der Operation. H. stellt seine Indikationen etwa folgendermaßen: Auszuschließen sind nervöse Dyspepsien und leichte Grade von Dilatation ohne deutliche Stenosenerscheinungen. Auch bei chronischem Magengeschwür operiert er nur bei gleichzeitiger Stenose oder sicherem Sitze am Pylorus. Bei starken Magenblutungen enthält er sich des Eingriffes und reserviert ihn für wiederholte kleine. Im allgemeinen wendet er die Gastroenterostomie nach eigenem Verfahren an. Die Pyloroplastik bringt nur ungenügenden Ausgleich der Buchten um den Pylorus herum zustande. Die Pylorektomie wendet H. an, wo er bösartige Degeneration des Geschwüres befürchtet.

Roux (Lausanne) operiert bei Magengeschwür, ohne mechanische Insuffizienz abzuwarten — weil die Heilung schneller erfolgt und sonst frühzeitige maligne Entartung zu fürchten ist —, ebenso bei Blutungen. Bei seinen letzten 40 Y-Anastomosen verlor er bei Anwendung des Murphyknopfes einen Kranken, ist daher zur Dreietagennaht mittels Seide und Nähnadel zurückgekehrt.

Forgue (Montpellier): Sur les plaies de l'estomac par armes à feu.

Eine Stunde nach der Verletzung Naht der Magenschußwunde. Ausschuß an der Rückwand nicht zu entdecken. Am 3. Tage Tod an Magenblutung. Das Geschoß fand sich im Magen. Es hatte die hintere Magenwand bis in die Muskularis durchschlagen. Aus der Kontusionswunde hatte sich ein peptisches Geschwür entwickelt, das zur tödlichen Blutung führte. Für ähnliche Fälle wäre darum die Inzision des Magens und innere Absuchung bezw. Vernähung des Geschwüres zu empfehlen.

Souligoux (Paris) citiert zwei Fälle als Beweis, wie schwer oft die Ausschußöffnung an der hinteren Magenwand zu finden ist; im ersten war es selbst bei der Autopsie erst bei Anfüllung des Magens mit Wasser möglich, die Öffnung zu finden; im anderen bewies das Geschoß unter der Rückenhaut das Vorhandensein des Ausschusses, der bei der Operation nicht zu finden war. Der Kranke ist geheilt.

Cazin (Paris). In seinem Falle ließ er, da kein Ausschuß zu finden war, die Stühle genau überwachen; am 8. Tage fand sich das Geschoß.

Souligoux (Paris): Rétrécissement et dilatation de l'oesophage.

Ein Kranker mit Striktur der Speiseröhre hatte sich oberhalb derselben eine 2 Liter haltende Erweiterung geschaffen, indem er den Druck der Wasserleitung benutzte, um feste Bissen durchzupressen. S. legte ihm eine Magenfistel an nach einer der Ullmann'schen ähnlichen Methode: zweimalige Drehung eines Magenzipfels um je 90° mit entsprechender Fixation der Touren. Die Kontinenz ist eine derartige, daß der Magen sich eher bis zum Platzen auffüllen ließe, ehe ein Tropfen durch die Fistel geht.

Pauchet (Amiens): 1) Traitement chirurgical des affections non cancereuses de l'estomac. (Résultats).

P. übt die Methoden nach Roux — bei Widerstandsfähigen — oder mittels Murphyknopfes nach Czerny (Petersen) bei schwachen Kranken. Bei nicht mit Krebs Behafteten ist die Gastroenterostomie an Gutartigkeit der Radikalkur einer Hernie zur Seite zu stellen (eine Serie von 22 Fällen ohne Todesfall).

2) Traitement du cancer de l'estomac. (Résultats).

Von 29 Operierten hat P. 8 verloren (von den letzten 10 einen). Er gibt folgendem Verfahren den Vorzug: Breite Auslösung vom Duodenum bis zur

kleinen Kurvatur mit Drüsen; Ecrasement und Abtrennung, danach Gastroenterostomie mittels Knopfes. Dauer der Operation etwa eine Stunde.

Dujon (Moulins): Volvulus de l'estomac. Laparotomie exploratrice. Relation d'autopsie.

Der Kranke — 5 Jahre alt — kam 8 Tage nach Beginn der Erscheinungen zur Operation, die nicht zu Ende geführt werden konnte. Zur Diagnose müßte verhelfen das Bestehen von Occlusion, Erbrechen unmittelbar nach dem Versuche von Nahrungsaufnahme, Sondenwiderstand vor Einführung in den Magen.

Aus dem Obduktionsbefunde ist hervorzuheben, daß das Lig. gastro-intestinale und Omentum majus zerrissen, die große Kurvatur frei, nach oben gerichtet ist. Bei seinen Versuchen, an Leichen die Torsion des Magens künstlich zu erzeugen, gelangte D. zum Ziele, wenn er nach Abbindung von Duodenum und Ösophagus den Magen aufblies und die beiden genannten Bauchfellduplikaturen durchriß — wenn diese ausreichend lang waren, auch ohne diesen Eingriff. Die Torsion setzt also eine gewisse Schlaffheit dieser Blätter voraus.

J. F. Faure (Paris): Sur deux cas de chirurgie du pancréas.

F. glaubt, daß Abszedierungen des Pankreas häufiger seien als man annehme, in Anbetracht der leichten Infizierbarkeit der nahen Ampulla Vateri. Sein erster Fall erkrankte unter dem Bilde einer Magenperforation, sein zweiter erweckte durch Größe der Geschwulst und Abmagerung den Eindruck eines Karzinoms des Magens oder Kolons. Beide Kranke heilten nach Entleerung der Abszesse.

Remy (Paris). Drainage transpéritonéale dans les péritonites généralisées.

Mit Rücksicht darauf, daß der Eiter der Bauchhöhle sich hauptsächlich ins kleine Becken senkt, hat R. in zwei Fällen mit Glück die Bauchhöhle mittels großer Drains durch Öffnungen neben dem Steißbeine nach hinten abwärts entleert. Er drängt die Weichteile neben Mastdarm und Steißbein nahe an diesem, wo sie nur geringe Dicke haben, dem Assistenten entgegen, der die entsprechenden Einschnitte macht und die Drains in Empfang nimmt. Das Becken wird mit Tampons lose ausgefüllt.

Monprofit (Angers): Anus artificiel et entéro-anastomose dans le traitement de l'occlusion intestinale.

In einem Falle von Darmverschluß begnügte sich M., zuerst nur eine Kotfistel anzulegen; nach Beseitigung der Störungen anastomosierte er Kolon und Ileum, weil das Hindernis, gebildet durch massenhafte Verwachsungen, nicht beseitigt werden konnte.

Roux (Lausanne) wendet die Anastomose oft selbst nach Entfernung des Hindernisses an; er entleert die beiden inzidierten Darmenden und anastomosiert lateral.

Reboul (Nîmes): Signes d'occlusion intestinale produits par une adénite tuberculeuse subaiguë de la fosse iliaque interne. Cessation des accidents immédiatement après l'ablation des ganglions.

Es handelte sich um ausgesprochene Ileussymptome mit Kotbrechen, die lediglich durch Entzündung zweier tuberkulöser Lymphdrüsen am inneren Leistenringe hervorgerufen und mit deren Exstirpation gehoben waren.

Jaques Reverdin (Genf) hat zwei gleiche Fälle beobachtet. Der zweite Pat. war so elend, daß er nur medikamentös behandelt wurde — und heilte auch.

Monod (Paris) et Chavannaz (Bordeaux): Deux cas d'intervention pour occlusion intestinale par péritonite tuberculeuse.

Beide Mitteilungen erwecken den Eindruck, als hätte es sich um rein symptomatischen Verschluß infolge ziemlich lebhafter Schübe von tuberkulöser Peritonitis gehandelt, von denen der erste wenigstens auch ohne Laparotomie geheilt wäre. Im zweiten Falle bestand Ascites.

Duret (Lille): Trois cas d'ablation du coecum.

Zweimal wegen Karzinom, einmal wegen tuberkulöser Blinddarmgeschwulst hat D. mit Erfolg den Blinddarm reseziert. Er hält diese Operation für relativ

gutartig, vorausgesetzt, daß man vor dem Eintritte ernster Occlusionserscheinungen operieren kann.

Forgue (Montpellier): Des rapports de certaines tumeurs incluses avec le colon pelvien et des conditions opératoires qui en résultent.

Beckengeschwülste der linken Seite mit intraligamentärer Entwicklung können bei fortschreitendem Wachstum ins Mesocolon pelvicum hineinwachsen und dieses in großer Ausdehnung entfalten; dadurch werden sie einerseits stark fixiert, andererseits ist die Gefahr von komplizierenden Verletzungen sehr groß. Cysten können durch Punktion verkleinert und dann ausgeschält werden; anders Papillome und Myome. Hier kann die radikale Entfernung unmöglich werden oder zur Resektion größerer Darmpartien nötigen. Ein solcher Fall, der glücklich endigte und bei dem der Dickdarm nach Resektion eines 15 cm langen Stückes mit dem Mastdarme vernäht werden mußte, wird ausführlich mitgeteilt.

Dujon (Moulins): Résection de 1 m 36 cm de l'intestin grêle. Anus contre nature; survie de huit mois.

Laparotomie wegen Verschlußerscheinungen bei bestehender teilweise reponibler Leistenhernie. Da kein innerer Verschluß bestand, wurde nach Vernähung der ersten Wunde der Bruch freigelegt und einfach samt Samenstrang — es handelte sich um einen 60jährigen Emphysematiker — quer reseziert. Kunstafter. Nach achtmonatlichem Bestehen desselben Versuch der ileocoecalen Anastomose, wobei Pat. an Peritonitis starb.

J. L. Championnière (Paris). La hernie inguinale de la vessie.

Unter 900 Herniotomien hat C. etwa sechsmal Blasenbrüche beobachtet; dreimal hat er sie verletzt — im letzten Falle sogar ein ziemliches Stück resezieren müssen —, dreimal hatte er die Anwesenheit der Blase im Bruchsacke mittels Sonde feststellen können. In keinem der Fälle hatten Störungen der Harnentleerung auf die Anomalie aufmerksam gemacht. Auf den Verlauf der Heilung hatten die Verletzungen der Blase kaum Einfluß. C. legt keinen Dauerkatheter ein.

Reverdin (Genf) hält die Diagnose der Blase als Bruchinhalt nicht für so schwierig; auch

Gangolphe (Lyon) hat mehrmals vorher die Anwesenheit der Blase im Bruchsacke erkannt und nur einmal versehentlich reseziert; in anderen Fällen konnte er während der Operation die Blase am prävesikalen Fett erkennen. Dasselbe versichert

Souligoux (Paris), während

Tédenat (Montpellier) ein eiterhaltiges Blasendivertikel öffnete mitten in einer Art fettiger Geschwulst. Der Urin des betreffenden Kranken hatte sonst normale Beschaffenheit.

Picqué (Paris) unterscheidet drei Varietäten von Blasenhernien: 1) kann die Blase dem Bruchsacke innen anliegen — in wechselnder Ausdehnung; 2) kann sie in den Hodensack sinken, ohne von einem peritonealen Fortsatze überkleidet zu sein; 3) kann sie als selbständiger, mit Serosa überkleideter Zipfel in den Bruch hineinragen. Auch T. hält die Erkennung der Blase als Bruchinhalt nicht für leicht und die Resektion der Blasenhernie nur dann für berechtigt, wenn starke pathologische Veränderungen — z. B. Gangrän — vorliegen.

Bégouin (Bordeaux) verwendet bei der Radikaloperation eine Abweichung von der Bassini'schen Methode, indem er nach Mugnai den Samenstrang auf dem präperitonealen Gewebe am unteren Rande des äußeren Leistenringes herausleitet und darüber mit Silberdraht die Muskeln vernäht.

Poullet (Lyon): Guérison des hernies sans ouverture du péritoine, même chez les personnes très âgées.

Was P. veranlaßt, zu dem alten Prinzip, Brüche uneröffnet zu heilen, zurückzukehren, sagt er nicht. Zum Schließen des Bruchsackes verwendet er dünnen Stahldraht, der mittels einer Hohlnadel unter abwechselndem Aus- und Einstechen durch den abgeklemmten Sack geführt wird. Während der linke Zeigefinger den Bruchsackhals — nach Entfernung des Sackes — einstülpt, werden die Faden-

enden nach dem oberen Wundwinkel durch Muskeln und Fascien durchgeführt und von da aus abwärts, sich kreuzend, drei- bis viermal von innen nach außen durch die Dicke der Bruchpforte durchgestochen. Es entsteht auf diese Weise eine Art Gitterwerk, die Fadenenden werden maskiert durch eine kleine Plombe. Die Hautnaht wird ebenfalls mit Metalldraht ausgeführt, die Operation übrigens ohne Assistenz gemacht, ohne Gefäßunterbindung; sie dauert 15 Minuten. Nach 6 Tagen Verbandwechsel und bei Prima Entfernung der Hautnähte. Zeigt sich Röte und Ödem, so öffnet P. die Naht ein wenig. »Die Heilung vollzieht sich dann aber ein bischen langsamer.«

Reynès (Marseille): Abcès de la paroi abdominale tardifs, après les operations de hernie.

Solche Abszesse, die etwa 2—4 Monate nach der Operation und scheinbar primären Heilung auftreten, beruhen nach R. auf schwach virulenten Infektionen vom Nahtmateriale aus, vielleicht als Drüsenphlegmonen. Es empfiehlt sich auf Grund solcher Erfahrungen, resorbierbares Material zur tiefen Naht zu verwenden.

Thiéry (Paris): Choix du moment de l'intervention dans les appendicites.

T. glaubt, daß man bei genauer Beobachtung von Puls, Temperatur und Muskelkontraktur innerhalb der ersten 4 Tage sich ein genügend sicheres Urteil bilden könne, ob Eingriff nötig oder aufschiebbar sei.

J. Braquehaye (Tunis): A propos de diagnostic de l'appendicite.

Infolge eines heftigen Stoßes, welchen der Kranke verschwiegen hatte, Entstehung beträchtlicher Schmerzhaftigkeit und Schwellung am MacBurnay. Auftreibung, Puls 112, Temperatur 38,6; mit der Größe der Resistenz stand das Allgemeinbefinden in Widerspruch. Irrtümlich Appendicitis angenommen. Laparotomie ergab keinen Eiter. Durch den Drain entleerte sich nach 4 Tagen ein großes retroperitoneales Hämatom.

Guinard (Paris): Appendicite et pleurésie.

Mitteilung zweier interessanter Beobachtungen purulenter Pleuritis nach bezw. bei Appendicitis — links in einem, rechts im anderen Falle. G. hält dafür, daß die Ausbreitung des Prozesses per continuitatem die seltenere sei und häufiger die Komplikationen sekundäre Lokalisation allgemeiner Sepsis infolge der Entzündung des Wurmfortsatzes seien.

Lapeyre (Tours): Résultats de l'intervention dans l'appendicite compliquant la côlite muco-membraneuse.

Die befriedigenden Erfolge, die L. bei sechs Kranken bei gleichzeitiger Appendicitis chronica und Colitis membranosa durch Resektion des Proc. vermiformis erzielte, deutet L. dahin, daß Verstopfung, Appetitlosigkeit, Blähung, Übelsein und Schmerzen die Anzeigen der komplizierenden Appendicitis seien. Sie schwinden nach der Operation, während die exfoliativen Vorgänge weiter bestehen bleiben.

Barnsby (Tours): Remarques sur l'appendicite chez la femme dans ses relations avec les lésions utéro-annexielles.

Aus seinen Beobachtungen schließt B.: Es gibt eine sekundäre Appendicitis bei Frauen, durch Salpingitis bedingt. Dieselbe ist durch genaue Untersuchung, besonders des oberen Poles rechtsseitiger Geschwülste sowie Kolikanfälle außerhalb der menstruellen Perioden zu erkennen. Die operative Behandlung ist unbedingt indiziert und gibt gute Resultate.

Cazin (Paris): Des indications opératoires fournies par l'examen du sang dans l'appendicite à chaud.

Die Blutuntersuchungen sollen ein wesentliches diagnostisches Hilfsmittel in den Fällen sein, die nicht innerhalb der ersten 48 Stunden operiert wurden. Von diesem Zeitpunkte ab kann selbst dem gewiegtesten Kliniker die Entscheidung schwer werden, ob man abwarten könne oder nicht. Die ernsten Fälle, verbunden mit Gangrän, Peritonitis, Abszeß, zeigen sofort eine beträchtliche Vermehrung der

Leukocyten, in wesentlich geringerem Maße die gutartigen Formen. Aus dem Reichtum des Blutes an Leukocyten kann oft die Gegenwart eines Abszesses erkannt werden, ehe derselbe aus anderen Symptomen, Resistenz, Puls, Temperatur, festzustellen ist.

Tédenat (Montpellier): Grands abcès du foie consécutifs à la grippe.

Vier solche Fälle hat T. operiert, 1—1½ Liter Eiter entleert, der keine Mikroben enthielt. Die Heilung wurde jedesmal schnell erzielt.

Braquehaye (Tunis): Péritonite péribiliaire avec crises fréquentes de coliques hépatiques. Laparotomie, rupture des adhérences. Guérison.

Die Anfälle waren mit Ikterus verbunden, Steine konnten trotz aufmerksamen Suchens in den Gallengängen nicht gefunden werden; sie waren 10 Jahre früher abgegangen. Die Rekonvalessenz war durch einen Malariarückfall gestört.

Mauclaire (Paris): Contribution à la chirurgie de l'arrière-cavité de l'épiploon: hématomes, suppurations, drainage.

In dem von M. mitgeteilten Falle war durch maligne Drüsengeschwulst neben dem Pankreas ein nahezu 5 Liter haltiges Hämatom der Bursa omentalis entstanden, welches durch das Lig. gastro-colicum entleert wurde. Die Autopsie ließ allein die dargelegten Verhältnisse erkennen.

Bisher waren etwa 35 Fälle traumatischer oder spontaner Hämatome der Bursa von Michel zusammengestellt. Sie und die daselbst befindlichen Abszesse verdanken häufig ihre Entstehung der Pankreatitis, sei es durch hämorrhagische Nekrosen, sei es einfache Entzündung. Geschwulstartige Schwellungen sind dabei selten. Zu empfehlen ist in solchen Fällen die transperitoneale Drainage, wobei die hintere Öffnung etwa an den oberen Pol der linken Niere zu legen ist.

Paul Delbet (Paris): Deux cas de chirurgie hépatique.

Im ersten Falle war es eine ziemlich breite Verwachsung der Leber mit der Bauchwunde, die heftige Beschwerden machte; letztere schwanden nach Lösung des als kongenital gedeuteten Bandstreifens.

Im zweiten Falle waren Choledochusverschlußsymptome durch eine Pankreatitis erzeugt und gingen — ohne daß ein Stein hätte gefunden werden können — von selbst zurück. Die Gallenblase war klein.

Barnsby (Tours): Cholécystite calculeuse suppurée simulante un abcès péri-appendiculaire. Cholécystectomie partielle et cholécystostomie. Guérison.

Der Irrtum war bedingt durch das zwischen Leberrand und oberer Grenze des Abszesses fixierte Kolon, welches den Nachweis des Zusammenhanges der Eiterung mit der Gallenblase verhinderte. Der Abszeß enthielt 294 Steine. Heilung mit kleiner Fistel.

Maire (Vichy) hatte eine Cystostomie auszuführen unter Symptomen, welche denen einer Brucheinklemmung glichen. Im Cysticus saß ein Solitärstein von 27 g.

Péraire (Paris): Deux cas de chirurgie du foie.

Fall I. Kachektischer Mann mit Fieber, Atemnot, Husten, Leberschwellung. Laparotomie. Da kein Abszeß zu finden, Cholecystostomie. Besserung, solange diese offen war; Wiedereintritt des Siechtums, nachdem sie sich schloß. Keine Autopsie. P. bezeichnet das Leiden als »Hépatite des pays chauds« und meint, man hätte länger anhaltende Besserung erzielt durch Offenhalten der Gallenfistel.

Fall II. Cholecystektomie wegen Kalkulose; ein Teil der Steine saß in der Blasenwand; daher Cystektomie; des weiteren fanden sich 27 Steine im dilatierten Cysticus, dessen Wandungen ans Peritoneum fixiert wurden.

Demons (Bordeaux): Nephrotomie dans l'anurie calculeuse.

D. hat die Operation als einer der ersten ausgeführt: sie entlastet und regt die Niere zur Sekretion an.

Villar (Bordeaux): Méthode rationelle de castration dans les cas de tumeurs malignes du testicule.

V. glaubt, daß bislang auf die gleichzeitige Entfernung der Drüsen etc. bei

bösartigen Hodengeschwülsten zu wenig Gewicht gelegt worden sei. Er bedient sich eines Schnittes, der dem Poupart'schen Bande entlang bis nahe an die Spin. il. ant. sup. und von da senkrecht bis in die Gegend des Nabels verläuft. Der Leistenkanal wird gespalten, das Bauchfell abgeschoben etc.

Pousson (Bordeaux) hat sich bereits des gleichen radikalen Vorgehens bedient.

Gangolphe (Lyon) meint, daß mit der Ausdehnung der Operation auf Drüsen und Samenstrang nicht viel mehr erreicht werde als mit der einfachen Kastration.

Tédenat (Montpellier) stimmt dem zu.

Calot (Berck-sur-mer): Le traitement de la tuberculose de l'épididyme et du testicule.

Die Behandlung soll unbedingt auf die Erhaltung des Organes bedacht sein. Bei Vorhandensein von Fisteln macht C. sklerosierende Injektionen mit Naphtholkampfer; geschlossene Abszesse behandelt er wie jeden anderen kalten Abszeß; Infiltrationen mit mäßiger Hydrokele werden punktiert mit nachträglicher Injektion in die Vaginalis oder den Herd selbst. Seit 10 Jahren hat C. 20 Fälle heilen sehen ohne Kastration, die nicht einmal logisch sei. Sie komme nur in Frage bei armen Handwerkern, wo die Behandlungsdauer aus materiellen Gründen abzukürzen sei.

Peyrot et Souligoux (Paris): Traitement de l'ectopie testiculaire.

Redner haben 14mal Hodenektopie mit angeborenen Brüchen zusammen operiert. Die Kürze und Spannung des Samenstranges suchen die Hoden nach oben zu ziehen, die Kontraktilität des Hodensackes ihn auszustoßen. Deshalb wird der Samenstrang in seiner ganzen Länge durch seitliche Nähte fixiert und die Tunica dartos des Hodensackes über dem Hoden durch eine Art Tabaksbeutelnaht zusammengezogen. **Christel** (Metz).

(Schluß folgt.)

---

14) **E. Braatz.** Schrauben-Mundsperrer.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

Das Instrument hat eine feste Handhabe, mittels welcher die Branchen im geschlossenen Zustande zwischen die Zahnreihen eingeführt werden; ist dies geschehen, so wird der Griff gedreht, und nun treten die plattenförmigen Branchen parallel auseinander und öffnen den Mund, soweit als man es wünscht. (Beziehbar von Heldt, Königsberg i/Pr., Steindamm.) **Kramer** (Glogau).

15) **M. Liese.** Ein neuer Griff mit Sperrvorrichtung für scheren- und zangenförmige chirurgische Instrumente.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 2.)

Die Griffe dieser Instrumente zeichnen sich dadurch aus, daß die Sperrvorrichtung an der Außenseite der Faßringe angebracht ist, und alle Ecken und Winkel vermieden sind. **Kramer** (Glogau).

16) **Netter.** Efficacité de l'argent colloïdal (collargol) dans le traitement des maladies infectieuses.

(Société méd. des hôpitaux 1902. Dezember.)

Verf. hat das Silber, meist in der Form der Salbeneinreibung, bei den verschiedenartigsten infektiösen Erkrankungen mit Erfolg verwendet, so z. B. bei Pneumonie mit eitrigem Pleuraerguß, bei schwerer Diphtherie und bei einer Pyämie nach Gesichtsfurunkel mit Gelenkschwellungen und Abszeßbildung in den inneren Organen; ein Nierenabszeß wurde durch Nephrotomie eröffnet, ein Beckenabszeß brach spontan durch; nach den Einreibungen ließ das remittierende Fieber prompt nach und es trat rasche Besserung ein.

Das Collargol scheint nach N.'s Erfahrungen nicht nur gegenüber Eiterbakterien, sondern auch gegen andere Keime (Diphtheriebazillus, Pneumokokkus

wirksam zu sein. Rascher Abfall der Temperatur, schnelle Besserung des Allgemeinzustandes, manchmal auch des lokalen Befundes, waren die hervorstechendsten Erscheinungen nach der Collargolbehandlung. **Mohr** (Bielefeld).

17) **Balzer et Faure-Beaulieu.** Paralysie faciale syphilitique précoce.

(Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1902. p. 643.)

Verff. stellten folgenden Fall vor: 50jähriger Mann bekommt etwa einen Monat nach der Infektion einen Schanker im Sulcus coronarius, 3 Wochen später papulöses Exanthem, etwa 10 Tage nachher, während des Aufenthaltes im Hospital, abends heftige Kopfschmerzen in der linken Schläfen- und Augengegend. Nach 4—5 Stunden ist der Schmerz wieder verschwunden, am nächsten Morgen (also etwa 10 Wochen nach der Infektion) linksseitige Facialislähmung, welche sich unter Quecksilberbehandlung rasch bessert.

In der Diskussion wird über ähnliche Fälle berichtet.

Klingmüller (Breslau).

18) **Matzenauer.** Brustdrüsensyphilis im Frühstadium.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 40.)

Die Brustdrüsensyphilis im Spätstadium entwickelt sich gewöhnlich in schleichender Weise und weist umschriebene knollige Infiltrate auf, eigentliche Gummiknoten, die mitunter schon zur Verwechslung mit Karzinom, Adenom oder Fibrom geführt haben. Im Frühstadium dagegen pflegt innerhalb weniger Tage eine mehr diffuse Schwellung der Mamma aufzutreten, meist einseitig, mitunter doppelseitig, die sich relativ rasch ausbreitet, leichte Entzündungserscheinungen und Schmerzen verursacht. — Im ganzen sind 62 Fälle bekannt, meist kamen sie innerhalb des ersten Jahres zur Beobachtung. — In dem einen der von M. mitgeteilten Fälle kam es zu einer eitrigen Einschmelzung des Drüsengewebes, was bislang noch nicht beobachtet worden ist. — Die Affektion betrifft ebenso Männer wie Frauen und verdient differentialdiagnostisch auch die Aufmerksamkeit des Chirurgen.

Hübener (Dresden).

19) **A. Diehl.** A case of cutaneous horn.

(Buffalo med. journ. 1902. Dezember.)

Bei dem 45jährigen Manne war vor 5 Jahren ein Karzinom der Unterlippe rechterseits entfernt worden. 3 Jahre später begann die Entwicklung eines Horns an der anderen Seite der Lippe, welches schließlich bis zu 5 cm Länge wuchs; Entfernung desselben mit Ausschabung und Kauterisation der Basis. Das Innere der Basis des Horns war von weicher, papillomatöser Beschaffenheit; das Gebilde nahm wahrscheinlich von einer gewöhnlichen Warze seinen Ursprung.

Mohr (Bielefeld).

20) **Anderson and Power.** An interesting case of intestinal perforation in typhoid fever complicated by appendicitis. Operation. Recovery.

(Pacific med. journ. 1902. Nr. 10.)

In der 6. Woche einer Erkrankung an Typhus trat bei einem Manne unter starken Schmerzen, Erbrechen, Kollaps, subnormaler Temperatur und schnellem, fadenförmigem Pulse eine Darmperforation ein. 5 Stunden später wurde von A. die Bauchhöhle eröffnet und 5 Perforationsöffnungen von Vogelschrot- bis zu Rehpostengröße am Ileum, 12 Zoll von der Ileocoecalklappe entfernt, angetroffen. Diese Öffnungen lagen in einem Peyer'schen Plaque und wurden mit Lembert-schen Nähten durch Katgut übernäht. Die Bauchhöhle wurde mit Kochsalzlösung ausgespült und dann bis auf eine für den Tampon bestimmte Öffnung geschlossen. Während der nächsten 3 Tage wurde die Bauchhöhle alle 8 Stunden, während der 3 darauf folgenden 2mal täglich mit Kochsalzlösung ausgespült. Am 9. Tage wurde die Drainage fortgelassen und die Öffnung vernäht; nach einigen Wochen war Pat. geheilt.

Nach Ansicht des Verf. kommen Darmperforationen in 6% der Fälle vor, meistens in der 3. Woche der Erkrankung; in 82% sitzen sie am Ileum, in 18% am Dickdarm. Bisher ist bei 95% der Darmperforation der Tod eingetreten, durch frühzeitige Operation, am besten 4—8 Stunden nach der Perforation, lassen sich erheblich bessere Resultate erzielen. Kochsalzinfusionen subkutan und nach der Operation in die Bauchhöhle, salinische Abführmittel vom 2. Tage nach der Operation an sind für einen guten Heilerfolg von großer Wichtigkeit.

Herhold (Altona).

21) **Bégouin.** Appendicite et oxyures.

(Revue française de méd. et de chir. 1902. Nr. 4.)

24jährige Pat., welche mehrfach Schmerzanfälle in der rechten Fossa iliaca durchgemacht hatte. Die Diagnose schwankte zwischen chronischer rezidivierender Appendicitis und rechtsseitiger Ovarialerkrankung. Operation: Eierstock cystisch, wird entfernt. Wurmfortsatz äußerlich normal, jedoch etwas steif, Resektion desselben; seine Höhlung enthält 15 lebende Oxyuren, die zum Teil zusammengeballt sind, Schleimhaut leicht geschwürig.

Verf. ist geneigt, in diesem speziellen Falle die leichten appendicitischen Erscheinungen auf die Oxyuren zurückzuführen, während im allgemeinen die Oxyuren jedenfalls nur eine sehr geringe Rolle in der Ätiologie der Appendicitis spielen.

Mohr (Bielefeld).

22) **Ferrier.** Appendicite pneumococcique.

(Société méd. des hôpitaux 1902. Oktober.)

Bei dem an schwerer krupöser Pneumonie gestorbenen Pat. fand sich der Wurmfortsatz bei der Autopsie vergrößert, mit eitrigem Inhalt und ulcerierter Schleimhaut; keine Verwachsungen, kein Exsudat; im Eiter zahlreiche Pneumokokken und Bakterium coli. Deutliche Symptome einer Appendicitis waren während des Lebens nicht vorhanden gewesen.

Sevestre berichtete im Anschluß hieran über ein 4jähriges Kind, bei dem 24 Stunden nach Beginn der Erkrankung ein umschriebener Erguß in der rechten Darmbeingrube auftrat. In dem durch Inzision entleerten Eiter fast ausschließlich Pneumokokken. Während der sich lange hinziehenden Rekonvaleszenz trat eine typische Pneumonie auf. Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

23) **Menetrier et Gauckler.** Cancer de l'estomac, du canal thoracique et des ganglions sous-claviculaires gauches.

(Société méd. des hôpitaux 1902. Oktober 31.)

Verff. beschreiben einen auch histologisch genau untersuchten Fall von eigenartiger Metastasierung eines Magenkarzinoms. Von dem diffusen Karzinom aus wurden zunächst die Lymphbahnen der Nachbarschaft ergriffen und von hier aus der Ursprung des Ductus thoracicus. Die mit der Lymphe verschleppten Krebszellen führten zu Thrombose der Jugularis und Subclavia in der Umgebung der Einmündungsstelle des Ductus und sekundär auch zu Verschluß desselben. Während durch die Blutbahn keine weiteren Metastasen zustande kamen, trat nun infolge der Verlegung des Ductus thoracicus eine allgemeine Lymphstase und, begünstigt durch dieselbe, eine retrograde Verschleppung von Karzinomzellen in die Lymphbahnen fast sämtlicher inneren Organe auf. Die durch die Lymphstase verursachten, ursprünglich serösen Ergüsse in die Brust- und Bauchhöhle nahmen infolge der reichlichen Beimischung von fettig entarteten Krebszellen chylöse Beschaffenheit an. Diese chylusähnlichen Ergüsse hatten also direkt nichts mit dem Verschluß des Ductus thoracicus zu tun. **Mohr** (Bielefeld).

24) **Gross.** Die syphilitische, fibröse Darm- und Magenstriktur. (Aus der chirurgischen Klinik zu Jena.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 4.)

Die mitgeteilten zwei Fälle von fibröser Pylorus- und Darmstenose waren dadurch von besonderem Interesse, daß die Schleimhaut an den Strikturstellen voll-

kommen unversehrt war; die fibrös-hyperplastische Entzündung betraf lediglich die Submukosa und Muskularis nebst Serosa. Da weder tuberkulöse noch neoplastische Veränderungen nachweisbar waren, mußten trotz Fehlens sonstiger syphilitischer Herde und gummös-geschwüriger Prozesse die ausgedehnten Strikturen als bindegewebige Endprodukte der einfach entzündlichen Form syphilitischer Erkrankung aufgefaßt werden, zumal die Serosa die charakteristischen strahligen Trübungen und unregelmäßigen, sehnigen Auflagerungen zeigte.

Kramer (Glogau).

25) Kehr. Ein Fall von ausgedehnter Resektion des Ductus choledochus und hepaticus wegen Carcinoma choledochi mit nachfolgender Ektomie der Gallenblase und Hepatikoduodenostomie.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 3.)

Bei Krebs des Choledochus und Hepaticus ist bisher erst einmal von Czerny eine Radikaloperation ausgeführt worden, während Palliativeingriffe (Anastomosen zwischen Gallenblase bezw. Choledochus und Darm) öfters gemacht sind. Der von K. mitgeteilte Fall ist der erste erfolgreich radikal operierte; er betraf einen 53jährigen Mann mit chronischem, zunehmendem, sehr intensivem Ikterus, bei Fehlen von Koliken, mit großer, aber schmerzloser Gallenblase und vergrößerter Leber. Die Krankheitserscheinungen wiesen auf einen chronischen Choledochusverschluß durch eine Geschwulst hin; möglich erschien, daß der Verschluß durch eine Pancreatitis chron. interstit. bedingt sei. Die Operation, welcher Magenspülungen und Klysmata von Chlorcalciumlösung (zur Verhütung cholämischer Blutung) vorhergingen, ergab ein gut abgegrenztes, von der prall gefüllten Vena portarum abhebbares Karzinom des Ductus choledochus und hepaticus. Unterhalb desselben war der Choledochus stark verengt, oberhalb der Hepaticus sehr ausgedehnt, so daß nach der Resektion von $3^1/_2$ cm eine circuläre Naht der stark retrahierten und ungleichen Lichtungen dieser Gänge unmöglich war und die Einpflanzung des Hepaticus in das Duodenum mit Übernähen eines breiten Netzzipfels an der Nahtstelle notwendig wurde; der Choledochus wurde unterbunden und versenkt. Die große, mit wasserklarer Flüssigkeit stark angefüllte Gallenblase, deren Cysticus einen haselnußgroßen Stein enthielt, wurde mit jenem und dem resezierten Choledochus resp. Hepaticus in toto entfernt; Tampon nach dem wunden Leberbett etc.

Im Verlaufe p. op. traten peritonitische Symptome nicht ein; das gallige Erbrechen, eine Folge der leichten Abknickung des hochgezerrten Duodenums, hörte nach Magenspülungen und Lagerung des Kranken auf die rechte Seite auf. Heilung.

Kramer (Glogau).

26) Penkert. Über idiopathische Stauungsleber. (Verschluß der Venae hepaticae.)

(Virchow's Archiv Bd. CLXIX. p. 337.)

Bei einem 22 Monate alten Knaben, der von Geburt an einen etwas aufgetriebenen Leib hatte, nahm der Umfang desselben in den letzten Wochen stärker zu, so daß Atemnot eintrat. Es fand sich eine stark vergrößerte Leber und Stauungsascites. Die Diagnose schwankte zwischen Geschwulst und angeborener Lebersyphilis. Zweimalige Punktion der Flüssigkeit, sowie die Talma'sche Operation hatten keinerlei Einfluß, das Kind starb. Bei der Sektion fanden sich hochgradige Veränderungen an den Vv. hepaticae, infolge deren die enorme Stauungsatrophie der Leber und der Ascites aufgetreten waren. Die Lebervenen waren teils enorm verengt und nur für ein Roßhaar durchgängig, teils bildeten sie vollkommen obliterierte Stränge.

Verf. faßt diese Gefäßveränderungen als eine angeborene Mißbildung auf. Ein Teil der Lebervenen war von vornherein verschlossen, worauf kleine Einziehungen und Grübchen hindeuteten, hinter welchen die Venenlichtung vollkom-

men aufhörte. Ein anderer Teil war zu eng angelegt und ist nachträglich noch obliteriert.

Verf. belegt diese bisher fast noch unbekannte Erkrankung mit dem Namen »idiopathische Stauungsleber«. **Fertig** (Göttingen).

27) **Miodowski.** Beitrag zur Pathologie des primären und sekundären Gallengangskarzinom.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIX. p. 117.)

Verf. gibt eine Übersicht über die bisher bekannten 37 Fälle von primärem Choledochuskarzinom und berichtet über 4 weitere selbst beobachtete, deren klinische und anatomische Befunde er beschreibt. Die Pat. starben fast alle an Cholämie; 2 waren vorher wegen Cholecystitis und Gallensteinen operiert worden. Bei dem ersten Falle saß die Neubildung im duodenalen Ende, beim zweiten und dritten im oberen Ende des Choledochus und im vierten Falle 1 cm oberhalb der Papilla duodeni. Die Leber war in den meisten bekannten Fällen vergrößert, fast immer bestand Ikterus, in $1/3$ der Fälle waren Gallensteine vorhanden.

In einem weiteren Teile seiner Abhandlung kommt Verf. auf ein primäres Blinddarmkarzinom zu sprechen, welches durch seine Metastasen die Erscheinung eines Karzinoms der Gallenwege gemacht hatte, und beschreibt dann im Anhang noch ein gänseeigroßes primäres Karzinom (Zottenkrebs) des Ductus hepaticus. **Fertig** (Göttingen).

28) **Mönckeberg.** Über einen Fall von Doppelkarzinom der Gallenblase, zugleich ein Beitrag zur Metaplasiefrage.

(Virchow's Archiv Bd. CLXIX. p. 359.)

Es wird hier über einen Fall berichtet, wo in einer Gallenblase sich ein Plattenepithelkarzinom mit Hornperlen neben einem Adenokarzinom fand; beide Geschwülste gingen ineinander über. In den Metastasen waren ebenfalls beide Geschwulstarten vorhanden. Was die Entstehung anlangt, so hält Verf. die Annahme einer doppelten Geschwulstbildung für die wahrscheinlichste. Infolge der chronischen Entzündungsreize und der Steine sei eine partielle Umwandlung des Cylinderepithels in Plattenepithel hervorgerufen worden und auf dem Boden dieser Prozesse sei es dann zu der doppelten Geschwulstbildung gekommen. **Fertig** (Göttingen).

29) **Hellendall.** Über die Untersuchung von zwei Fällen von epigastrischen Doppelmißbildungen mittels Radioskopie.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 2.)

H. hatte Gelegenheit, an der Straßburger chirurgischen Klinik einen lebenden Epigastrius mit Röntgenstrahlen zu untersuchen.

Der Parasit hing, ohne Eigenbewegung zu machen, an der Vorderfläche des Rumpfes; er besteht aus zwei Massen, von denen die eine in der Gegend des Proc. xiphoideus des Knaben, die andere in der Mitte zwischen Nabel und Proc. xiphoideus durch ein strangartiges Gebilde befestigt ist. Jede dieser Massen besteht aus einem Mittelstück und zwei Extremitäten. Die unteren entsprechen, wie auch das Skiagramm zeigt, den unteren Extremitäten, während die oberen als Arme aufzufassen sind.

Das Röntgenbild zeigt beiderseits nicht völlig ausgebildete Oberextremitäten, die Einzelheiten sind im Original nachzulesen.

Der zweite Fall stammt aus der pathologisch-anatomischen Sammlung. Der Epigastrius hat wahrscheinlich gar nicht gelebt, die Röntgenbilder zeigen ganz ähnliche Verhältnisse. **H. Wagner** (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 19. **Sonnabend, den 9. Mai.** **1903.**

Zur Behandlung der Knochenhöhlen in der Tibia und im Calcaneus.

Von

Prof. **Carl Bayer** in Prag.

Angeregt durch die Mitteilung F. v. Mangoldt's (v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX, Hft. 1 u. 2, p. 82 ff.; Ref. d. Zentralblatt 1903, Nr. 16), erlaube ich mir auf ein sehr einfaches Verfahren aufmerksam zu machen, welches sich mir wiederholt schon bewährt hat, indem es sehr ausgedehnte, breite, rinnenförmige Höhlen der Tibia nach Nekrotomien in kürzester Zeit zur Überhäutung brachte.

Nach Entfernung der Sequester unter Esmarch, Säuberung der Höhle von faulen Granulationen und Desinfektion wird die ganze Höhle in eine Rinne mit glatten Wänden umgewandelt. Mit Meißel, Luer, Löffel werden alle Leisten und Buckel geglättet und dann sämtliche



Weichteile nach beiden Seiten samt dem Periost soweit zurückgeschoben, daß nach dem Vorschlage Schultén's die beiderseits emporstrebenden Knochenränder flach abgetragen werden können. Damit wird die Rinne wesentlich verflacht und fallen die der Benarbung hinderlichen Knochenränder weg. Um dies alles für den folgenden Akt der Hautverschiebung geeignet herzustellen, ist es in vielen Fällen notwendig, den ursprünglichen Weichteilschnitt weiter ab- und aufwärts über den schon gesunden Knochen zu führen und auch diesen rinnenförmig auszumeißeln. Mit einem scharfen, guten Hohlmeißel geht die Arbeit rasch vor sich.

Ist der Knochen auf diese Art für die Deckung mit Haut geeignet hergestellt, so werden die beiden seitlichen Haut-Periostlappen

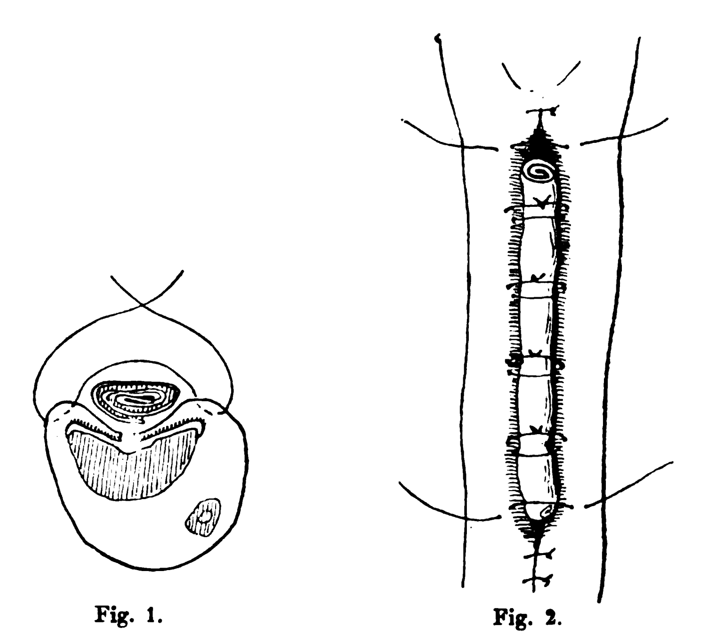


Fig. 1. Fig. 2.

einfach gegen die flache Rinne geklappt; es ist selbstverständlich, daß alle Fistelränder der Hautlappen sorgfältig exzidiert werden müssen. Die Wunde, trocken getupft, wird mit Jodoformpulver angestäubt oder mit Jodoform-Glycerin ausgegossen. Auf die in die Rinne geklappten Haut-Periostlappen wird eine etwa zwei Querfinger breite und der Länge der Wunde entsprechende Jodoformgazerolle so gelegt, daß sie die ganze Rinne ausfüllt und in dieser Lage durch mehrere Suturen, deren Anlegung aus der beistehenden Zeichnung ersichtlich, erhalten. Die Nähte haben außerdem den Zweck, die Haut-Periostlappen exakter in die Rinne hineinzuschieben und mittels der Jodoformgazerolle flach dem Knochen anzudrücken. Fig. 2 veranschaulicht das Bild der komplett versorgten Wunde nach Nekrotomie. Reichliche Krüllgaze, ein Holzwollemantel und Watte



bilden den äußeren Verband. In der Regel kann er 8—10 Tage ruhig liegen bleiben. Beim Verbandwechsel findet man wohl einige der Suturen »durchgeschnitten«, doch kommen die kleinen Hautwunden kaum in Betracht. In der Rinne liegen die Lappen gut angelegt, in der Mitte von einem festen Blutschorf verkittet. Wohl zerfällt dieser in der Folge stellenweise; doch heilt der mittlere schmale Streifen regelmäßig rasch zu durch Überhäutung von den nahen Hauträndern her.

Die ganze Heilungsdauer wird gegenüber jener nach Tamponade wesentlich abgekürzt, ganz abgesehen von der enormen Erleichterung für den Kranken.

Ganz ähnlich verfahre ich schon seit Jahren bei der Versorgung der Höhlenwunden nach Calcaneus-Nekrotomien. Nach Ausräumung der zentralen Partien wird die Höhle sauber ausgespritzt, die Randzacken geglättet und Jodoform-Glycerin eingegossen. Naht des Weichteilschnittes (gewöhnlich Bogen- oder T-Schnitt) bis auf die Mitte, wo eine bohnengroße Lücke offen gelassen wird. Nachfüllen von Jodoform-Glycerin 1—10%. Protektive, Gazepolsterverband.

---

1) **D'Arcy Power.** A further investigation into the causation of cancer.

(Edinb. med. journ. 1902 Juni.)

Um nachfolgenden Untersuchern Arbeit zu ersparen, veröffentlicht Verf. das negative Resultat seiner Untersuchungen von aus »cancer houses« stammenden Stechfliegen. Er fand in den Geweben dieser Fliegen keine Bestandteile, welche geeignet erscheinen könnten, Karzinom zu übertragen.

Willemer (Ludwigslust).

2) **F. Watson** and **T. Bailey.** Some observations upon the value of the phloridzin test for estimating the functional capacity of the kidneys-renal sufficiency.

(Med. and surg. reports of the Boston city hospital 1902. 13. series.)

Verff. griffen, um den Wert der Phloridzinprobe zum Nachweis der Funktionstüchtigkeit der Nieren nachzuprüfen, auf ihre früheren Versuche zurück, bei welchen sie mit den bisher üblichen Methoden der Harnanalyse den Einfluß von Äther und Chloroform auf die Nierensekretion geprüft und gefunden hatten, daß in der Mehrzahl der Fälle Eiweiß, Zellen und sonstige Zeichen von Nierenstörung nachzuweisen waren. Diese Versuche nahmen sie nun in der Weise wieder auf, daß sie im ganzen 70 Fälle untersuchten, bei denen einmal vor der Anästhesierung zwei Urinproben untersucht wurden in Pausen von einer halben resp. einer Stunde (»präliminare Proben«) und zweitens je zwei Proben in gleichen Zeitabständen nach Beginn der Äthernarkose (Ätherproben«). Bei normalen Nieren waren die mittleren Zuckerprozentzahlen bei den präliminaren Proben 0,44%

resp. 0,38%; es war also die Zuckerausscheidung in der ersten halben Stunde 0,6% größer; bei den Ätherproben stiegen die Zahlen auf 0,68% und 0,53%; es wird also eine erhebliche Steigerung der Zuckerausscheidung hervorgerufen. Auch die Ziffer nach der ersten Stunde steigt um mehr als das Doppelte, auf 1,5%.

In den Fällen von Nierenerkrankungen, von denen 12 verwertbar waren, und welche ganz verschiedene chirurgische Erkrankungen mit Ergriffensein der Nieren darstellten, waren die Zahlen für präliminare Proben 0,21 und 0,20% und die entsprechenden für Ätherproben 0,22 und 0,20. Es ist also ein ganz erheblicher Unterschied gegen die ersten Zahlen vorhanden, sowohl hinsichtlich der geringen Menge der Zuckerausscheidung, als in der kleinen Differenz zwischen der ersten und zweiten halben Stunde.

Konnte so die Feinheit der Reaktion deutlich nachgewiesen werden, so verfügt Verf. andererseits auch über eine Anzahl von Fällen, in denen der Wert derselben in merkwürdigem Licht erschien; so z. B. 7 Fälle, in denen nicht die leiseste Nierenerkrankung nachgewiesen werden konnte, und die trotzdem nur Werte von 0,13 bis 0,18 resp. 0,11—0,16% ergaben. Andererseits eine zweite Gruppe von 6 Fällen, bei denen die Phloridzinprobe ebenfalls zu Täuschungen führte; so z. B. zwei Kranke mit deutlicher Nephritis chronica, bei denen trotzdem auffallende Prozente von 1,30 resp. 0,47 gefunden wurden; dann zwei Kranke mit schwerer Prostatahypertrophie, beide mit sehr geringen Zuckerwerten (0,12% und 0,15%). Die Prostatektomie führte bei dem ersten zum Tode, bei dem zweiten zu absolut glatter Heilung; spätere Proben ergaben bei dem ersten 0,10%, bei dem zweiten die überhaupt höchste Ausscheidungsziffer der Reihe — 2%; endlich interessiert noch ein Fall mit dem niederen Prozentgehalt von 0,9, der nach einer Nephrektomie eine ausgezeichnete Heilung durchmachte, und dessen eine Niere zeitweise mehr Zucker ausschied, als früher beide Nieren zusammen. **Scheuer** (Berlin).

---

3) **E. Hahn.** Über Wanderniere und chirurgische Behandlung derselben.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 354.)

Die Arbeit ist ein schöner Nachlaß des leider so früh verstorbenen, durch seine Urheberschaft der Nephropexie um die Wandernierentherapie hoch verdienten Verf.'s. Dieselbe gibt in gedrängter Kürze einen erschöpfenden Überblick über ihren Gegenstand, den der Verf. selbstverständlich nach jeder Richtung hin meisterlich beherrscht. Da das Studium der Originalabhandlung wohl kaum von einem Chirurgen versäumt werden wird, sei aus ihrem Inhalt nur auf folgende interessantere Punkte besonders hingewiesen. Die Wanderniere, und zwar fast ausschließlich die rechtsseitige (die linke Niere ist vor Lockerung durch bessere normale Fixationen ge-

sicherter), überwiegt durchaus beim weiblichen Geschlecht, von welchem ein Prozentsatz von 1 : 5,5 Wanderniere zeigt. Ihre häufigste Ursache sind Geburten; das Schnüren kommt nicht in Betracht, da auch die sich nicht schnürenden Araberinnen häufig Nierenbeweglichkeit zeigen. Zu den Fällen, welche Beschwerden machen, sind letztere wahrscheinlich durch Abknickung der Gefäße und hiermit bedingte Circulationsstörungen zu erklären; die sogenannten Einklemmungserscheinungen dürften auf Harnleiterknickungen zu beziehen sein. Nur nach Versagen anderweitiger Behandlung, insbesondere durch Bandagen, ist als ultimum refugium operativ einzuschreiten. Die Nephrektomie kommt hierbei niemals mehr in Frage, da von 42 publizierten Operationen der Art 6 Kranke an Urämie wegen Fehlens der zweiten Niere gestorben sind. Die von H. in die Praxis eingeführte künstliche Fixierung durch Naht ist in mannigfacher Modifikation ausgeführt, worüber H. eingehenden Überblick gibt. Insbesondere schildert er das eigene Verfahren. Wenn durch dasselbe allerdings die Niere an einem abnormen, und zwar tieferen Orte als normal befestigt wird, bedeutet dies keinen Fehler; denn desungeachtet ist die Operation erfahrungsgemäß imstande, die mit ihr bezweckte Beseitigung der Beschwerden zu leisten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **G. J. Winter.** Über einseitige angeborene Nierendefekte, nebst einem Falle von Nierencyste in der Solitärniere.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Krankengeschichte eines Pat., der wegen einer Nierencyste operiert worden war und infolge Defekts der anderen Niere rasch starb. Cystoskopie und Harnleiterkatheterismus waren nicht vorgenommen worden.

Verf. teilt die angeborenen Nierendefekte in drei Gruppen ein: Die eigentlichen angeborenen einseitigen Nierendefekte, bei welchen die andere Niere schon von Geburt an völlig spurlos fehlt; ferner diejenigen Fälle, in denen beide Nieren vorhanden, aber zu einem Organe verwachsen sind, und drittens diejenigen, in welchen beide Nieren ursprünglich vorhanden waren, aber die eine völlig oder größtenteils degeneriert und atrophisch geworden ist. Nur die erste Gruppe unterzieht Verf. einer genaueren Besprechung. Von 237 in der Literatur publizierten Fällen fehlte die Niere 129mal links, 98mal rechts. Der angeborene Nierendefekt kommt doppelt so oft bei Männern als bei Frauen vor. Meist wurde die Anomalie in mittleren Jahren, zwischen 20 und 25, konstatiert. Aber man kann mit einer Solitärniere das höchste Lebensalter erreichen. Auf der Seite, wo die Niere fehlt, sind auch gewöhnlich keine Blutgefäße vorhanden. Der Harnleiter fehlt beinahe überall. Nur in 18 Fällen war er teilweise angelegt, meist sehr dünn und nur an dem vesikalen Ende einige Centimeter weit für die Sonde durchgängig. In einer Reihe

von Fällen fehlte die eine Hälfte des Trigonum Lieutaudi, und 5mal mündete der einzige Harnleiter in der Mitte der Blase. Die Solitärniere ist meist kompensatorisch hypertrophiert. In 63 Fällen wies sie einen mehr oder weniger pathologischen Zustand auf. Die Form der Niere war meist normal, die Blutgefäße, je eine Arterie und Vene, stets dicker wie gewöhnlich. Ebenso war das Nierenbecken oft vergrößert und der Harnleiter dicker als gewöhnlich. Die Glandula suprarenalis fehlte in 25% der Fälle. Eine Kombination mit Unregelmäßigkeiten im Generationsapparat war recht häufig, was bei dem embryologischen Zusammenhange zwischen uropoetischem und urogenitalem System nicht Wunder nehmen kann. Die Defektbildung in den Genitalien kommt nur auf der Seite vor, wo die Niere fehlt, und zwar meist bei Frauen. Die gewöhnlichste gleichzeitige Abnormität war eine solche der Gebärmutter, der Uterus unicornis. In selteneren Fällen fand man den Uterus bifidus, didelphis und duplex. In 2 Fällen war die Scheide doppelt, in zwei anderen fehlte sie völlig. Der Hoden fehlte auf Seiten des Nierendefektes nur 4mal, war aber bisweilen kleiner als gewöhnlich und atrophisch.

Von pathologischen Zuständen kamen verschiedene Nephritisformen vor; besonders häufig waren Nieren- und Harnleitersteine. Sie bestanden in 8% aller Fälle von Solitärniere. Die übrigen Erkrankungen bestanden in Tuberkulose, Hydronephrose, Geschwülsten verschiedener Art, cystischer Degeneration und Echinokokkus. Operationen an Solitärnieren müssen mit größter Vorsicht ausgeführt werden, sind aber gegebenen Falls außer der Nephrektomie erlaubt und auch schon erfolgreich gewesen. Wichtig ist natürlich besonders bei beabsichtigten chirurgischen Eingriffen die Diagnose der Solitärniere. Sie muß sich auf alle möglichen Hilfsmittel stützen. Bei der äußeren Untersuchung ist diejenige der Genitalorgane wichtig, da, wie oben berichtet, Defekte an denselben auf Defekte einer Niere hinweisen können. Die Tastung ist nur dann verwertbar, wenn man beide Nieren fühlt; doch kann sich die Niere der Betastung entziehen und doch vorhanden sein. Kocher empfiehlt bei der Operation selbst beide Nieren abzutasten. Am besten führen natürlich Cystoskopie und Harnleiterkatheterismus zum Ziel, obschon gerade diese Methoden bei der Solitärniere wegen der anatomischen Veränderungen oft nicht so anwendbar sind, wie es wünschenswert wäre.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

5) **Simmonds.** Über Nebennierenblutungen.

(Virchow's Archiv Bd. CLXX. p. 242.)

Verf. berichtet über 7 Fälle von Nebennierenblutung infolge Thrombose des Stammes oder der Hauptäste der Nebennierenvene, ferner über 4 Fälle, in welchen die Blutungen durch kapillare Embolien von Bakterien eingetreten waren, und kommt zu folgenden Schlußsätzen:



1) Kleine Ekchymosen der Nebennieren kommen bei verschiedenen Infektionskrankheiten häufig vor und sind als toxische Blutungen aufzufassen.

2) Hämorrhagische Infarzierung beider Nebennieren führt oft unter peritonitischen und Kollapserscheinungen zum Tode.

3) Nebennierenblutungen können gelegentlich zu mächtigen Hämatomen führen.

4) Nebennierenblutungen kommen unter folgenden Bedingungen vor:

a) durch traumatische Einflüsse — hierher sind auch die bei Neugeborenen beobachteten Blutungen zu rechnen;

b) bei hämorrhagischer Diathese;

c) durch Nebennieren — Venenthrombose;

d) durch bakterielle Kapillarembolien.

Die Venenthrombose stellt die häufigste Ursache der Blutungen dar, nächstdem folgen die durch Kapillarembolien veranlaßten Hämorrhagien.

5) Die Thrombosen können Stamm oder Hauptäste der Nebennierenvene betreffen, sie kommen in beiden, oder nur in dem rechtsseitigen Organ vor. Sie sind als marantische Thrombosen aufzufaßen, kommen in der Regel nur bei chronisch erkrankten Individuen vor. Die eigenartige Gefäßverteilung der Nebennieren begünstigt ihre Entstehung. Eine primäre Nebennierenerkrankung liegt in diesen Fällen nicht vor.

6) Auf Bakterienembolien beruhende Blutungen wurden auch in den Fällen beobachtet, wo weder klinisch noch anatomisch eine septische Erkrankung nachgewiesen werden konnte.

7) Nebennierenblutungen können zur Verödung des Organs führen.

Fertig (Göttingen).

---

6) **Küstner** (Breslau). Die plastische Verwendung der Portio supravaginalis zum Verschluß von Blasen-Scheidenfisteln.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLVIII. Hft. 3.)

K., welcher schon seit Jahren versuchte, Blasen-Scheidenfisteln mit Hilfe der operativ mobilisierten Portio zu decken, hat — angeregt durch eine Veröffentlichung von Wolkowitsch (Zentralblatt für Gynäkologie 1891 Nr. 43) — diese Methode zu einer typischen ausgearbeitet. Er entspannt die Blase durch zwei Momente: durch breites Abtrennen von der vorderen Cervixfläche und durch das Nachvornnähen der zu diesem Zwecke vorn (in schwierigen Fällen auch hinten) umschnittenen und mobilisierten Portio. — Scheiden-Dammschnitte sind zuweilen notwendig, um das Fistelgebiet freizulegen. Zuweilen wird die Portio erst flott nach Eröffnung des Douglas. Die isolierte Naht der Blasenwunde ist bei diesem Verfahren unnötig, da die entspannten Blasenwundränder in die Tiefe sinken und sich spontan zusammenlegen. Der Eröffnungsschnitt

umkreist im vorderen Scheidengewölbe die Portio; von den Enden dieses Schnittes aus wird ein zweiter größerer Bogenschnitt über die vordere Vaginalwand geführt, welcher die Fistelöffnung umgreift. Zwei Skizzen und elf Krankengeschichten (alle mit günstigem Heilerfolg) erläutern das Verfahren.

Kroemer (Gießen).

Kleinere Mitteilungen.

Fraktur des rechten Humerus durch Muskelzug.

Von

Dr. med. **A. v. Brackel** in Libau (Rußland).

Frakturen der langen Röhrenknochen, direkt hervorgerufen durch nachweisbar übermäßig gesteigerten Muskelzug, gehören entschieden zu den Seltenheiten.

Zu Anfang dieses Jahres hatte ich einen derartig zustande gekommenen Bruch des rechten Oberarmknochens in Behandlung, den ein junger, kräftiger, durchaus gesunder Mann von 21 Jahren beim sogenannten »Armbiegen« sich zugezogen hatte.

Die Kraftprobe des »Armbiegens« wird so vollführt, daß sich die beiden Gegner vis-à-vis an einen festen Tisch setzen, die rechten Ellbogen fest auf den Tisch aufstemmen, die beiden Unterarme in ganz gleichem Beugewinkel zueinander erheben und die beiden mit den Volarflächen zugewandten Hände so ineinanderlegen, daß jede Hand die andere derart umklammert, daß der Daumenballen der einen in der Hohlhand der anderen zu liegen kommt. Nachdem auf diese Weise die Hände einander fest gefaßt haben, und die beiden Daumen ineinander verhakt sind, besteht die Kraftprobe nun darin, den Unterarm des Gegners, ohne den eigenen Ellbogen von der Tischplatte zu rühren — d. h. ohne die einmal eingenommene Fixationsstellung des Beugewinkels zwischen Unter- und Oberarm zu verändern —, nach außen hinüber zu drücken, bis die Dorsalseite des Unterarmes und der Handrücken vom Gegner die Tischplatte berühren.

Mein Pat. hatte eine solche Kraftprobe einmal bestanden und seinen Gegner besiegt, beim zweiten Versuch in derselben Sitzung, als der junge Mann seine Muskelkräfte aufs äußerste anspannte, gab es plötzlich einen mit starkem Schmerz verbundenen deutlich hörbaren Krach, und der Arm sank kampfunfähig in der Mitte des Oberarmes fast im rechten Winkel gebeugt auf die Tischplatte.

Pat. wurde sofort zu mir in die Klinik gebracht. Ich konstatierte eine Fraktur des Humerus dext. gleich unterhalb der Mitte desselben mit starker Dislokation des distalen Frakturendes nach innen und hinten, wodurch der Oberarm eine stumpfwinklige Knickung nach vorn und außen erhalten hatte. Durch Zug, bei welchem die Muskulatur gut entspannt war, ließ sich die Dislokation leicht beheben und die gebrochenen Knochenenden gut aneinander bringen. Pappschienenverband, Unterpolsterung der Achselhöhle, Fixation der Extremität an den Thorax. Nach 18 Tagen Abnahme des Verbandes, vollständige und gerade Konsolidierung, deutlich fühlbare feste Callusbildung. Am 20. Tage wird mit Massage und Heilgymnastik begonnen, die rasch zur Gebrauchsfähigkeit der Extremität führt. Am 43. Tage, also nach dreiwöchiger Massagekur, wird Pat. als völlig geheilt mit voller Gebrauchsfähigkeit seines rechten Armes entlassen. — Der Behandelte ist Ingenieur-Mechaniker und muß in seinem Berufe desgleichen grobe und schwere, wie auch feine, zeichnerische Arbeiten vollführen, die er, wie ich mich zu überzeugen Gelegenheit hatte, jetzt $2\frac{1}{2}$ Monate nach der erlittenen Verletzung ohne jede Ermüdung und Beschwerde in vollem Umfange ausführen kann.

Daß es sich in vorliegendem Falle fraglos um eine Humerusfraktur infolge von übermäßiger Muskelanspannung handelt, wird nicht zu bestreiten sein, zumal

wenn man sich die anatomischen Verhältnisse der gesamten Armmuskulatur bei der Kraftprobe des »Armbiegens« veranschaulicht.

Wir finden die Extremität im Ellbogengelenk rechtwinklig gebeugt, den Unterarm aufrecht auf einer festen Unterlage in Pronationsstellung ruhend und sämtliche Flexoren, sowohl des Ober- wie des Unterarmes, ad maximum gespannt. In dieser Stellung soll nun ein großer Widerstand, der am distalen Ende des von Ober- und Unterarm gebildeten Winkels angreift, durch Innenrotation der in krampfhafter Beugestellung befindlichen Extremität abgewehrt, sogar überwunden werden. Um dieses zu bewerkstelligen muß in erster Linie der Beuger des Vorderarmes, der Musc. brachialis internus, ad maximum gespannt in Wirkung treten, um den Winkel zwischen Ober- und Unterarm zu verkürzen. Ist dieses erreicht, dann treten erst die Einwärtsroller der Extremität in Kraft. — Der Brachialis internus muß demnach die erste und hauptsächlichste Kraftanstrengung beim »Armbiegen« entfalten, und durch seine auf das äußerte entwickelte Kontraktur wird der Humerus, der zwischen dem Schultergelenk einerseits und dem auf der Tischplatte angestemmten Ellbogengelenk andererseits fest fixiert ist, über die Grenze seiner Elastizität nach innen gebogen und zum Bruch gebracht.

Die Stelle der Fraktur am Humerus, sowie das Zustandekommen derselben zu Anfang der Kraftprobe sprechen jedenfalls für die oben geschilderte Entstehungsweise.

Was nun die Einrichtung solcher durch übermäßigen Muskelzug bedingten Frakturen anlangt, so ist sie jedenfalls leichter und schmerzloser zu bewirken, als bei Frakturen, die durch Stoß, Fall, Quetschung oder dergleichen Ursachen entstanden sind. — Abgesehen davon, daß die Muskulatur als solche gar nicht verletzt wurde, befindet sie sich außerdem infolge der übermäßigen Kraftanstrengung in einem erschlafften Zustande, was der leichteren und schmerzloseren Einrichtung doch sicher zugute kommt.

Da ich in der Literatur nur einen einzigen ganz analogen Fall von Oberarmfraktur durch Muskelzug beim Armbiegen von Milbradt-Bernau in der Berliner klin. Wochenschrift 1902 Nr. 7 beschrieben und mit einer hübschen Abbildung der Stellung der beiden Gegner beim Armbiegen versehen gefunden habe, so stehe ich nicht an, auch meine Beobachtung hier der Öffentlichkeit zu übergeben.

Libau a. d. Ostsee im März 1903.

---

7) Congrès Français de Chirurgie.

XV. session, tenue à Paris du 20. au 25. Octobre 1902.

(Revue de chir. Jahrg. XXII. Nr. 11.)

(Schluß.)

Estor (Montpellier): Cas de torsion du cordon spermatique.

Ohne weitere Angaben.

Barette (Caen). Hernie inguinale bilatérale congénitale, avec ectopie testiculaire intra-inguinale.

Radikalkur und Orchidopexie.

Demons (Bordeaux): Fibromes des ovaires et des ligaments larges.

Diese Geschwülste verursachen häufig schwere Kachexie, Ascites, Ödeme, pleuritische Exsudate. Man möge sich durch den desolaten Zustand der Kranken nicht von der heilenden Operation abhalten lassen.

Boursier (Bordeaux): Note sur deux cas de grossesse tubaire avec avortement tubo-abdominal incomplet.

B. hat zweimal auf Grund der klassischen Symptome — Schwangerschaftsanzeichen, Geschwulstbildung neben dem Uterus, wachsendes Volumen unter häufig sich wiederholenden Schmerzanfällen — den Tubenabort diagnostizieren und durch

Laparotomie die Heilung herbeiführen können. Er betont den Vorteil der Laparotomie vor dem Scheidenschnitte.

Picque (Paris): Grossesse extra-utérine.

Im Hôpital Bichat wurden während 18 Monaten 23 Tubenaborte bezw. Rupturen beobachtet bezw. operiert. 20 wurden durch Laparotomie geheilt. Eine Pat. starb an gleichzeitig bestehender Pneumonie, eine zweite infolge Infektion bei gleichzeitig bestehender Pyosalpinx. Ein dritter Todesfall, betreffend eine Kranke mit blutig kolloiden Massen im Bauche, gehört wohl gar nicht hierher.

Lafourcade (Bayonne): Hystérectomie abdominale pour fibromes.

Bericht über seine 72 Hysterektomien wegen Myomatosis; davon 6 totale = 6 Heilungen, 66 supravaginale mit 4 Todesfällen. L. operiert nur bei genügender Indikation; die Menopause übe oft einen sehr ungünstigen Einfluß auf die Myome und das gleichzeitige Allgemeinbefinden aus.

Lapeyre (Tours): A propos de la chirurgie conservatrice de l'ovaire.

Wegen seiner Bedeutung für die Gesamtorganisation des Weibes soll der Eierstock soweit irgend möglich erhalten werden. Hat man Bedenken, daß er weiterhin zu peritonealen Reizungen Veranlassung geben könne, solle man ihn in das Lig. latum einbetten und übernähen. 10 bisher so behandelte Kranke haben sich dabei sehr gut befunden.

Calot (Berck-sur-mer): Les racourcissements et boiteries consécutifs à la coxalgie. Moyens de les guérir et de les éviter.

C. geht von dem Gesichtspunkte aus, daß die Heilung der Coxitis mit Verkürzung vermeidbar sei; in erster Linie sind von Anbeginn die Bewegung und das Gehen zu unterdrücken. Bei beginnender Verrenkung oder stärkerer, durch die Radiographie festzustellender Usur des Kopfes ist durch Anlegung eines Gipsverbandes in rechtwinkliger Abduktion die feste Ankylose anzustreben. Steht man jedoch einer beträchtlichen Verkürzung nach Zerstörung des Schenkelkopfes gegenüber, so ist der Trochanter durch geeignete Manöver, Beugung über den Leib und nachfolgende rechtwinklige Adduktion, in die Pfanne zu bringen und 2 Monate lang in derselben durch Gipsverband fixiert zu erhalten. Etappenweise wird dann zu mäßiger Adduktion übergegangen.

Ducroquet (Paris): Les résultats dans le traitement de la luxation congénitale.

D. hat Einrenkungen bis zum 16. Jahre ausführen können; die Retraktion der Kapsel — vorn und hinten entsprechend — muß in erster Linie angestrebt werden; in leichteren Fällen genügt die Spannung der Fascia lata zur Fixation des Kopfes in der Pfanne. (Leider erfahren wir nicht, womit D. die Kapselretraktion zu beeinflussen meint.)

Sodann stellt er einen mit Gelenk versehenen Celluloidapparat vor, »von äußerster Vollkommenheit«, mit dem er das Bein in jeder Stellung fixieren und ganz allmählich in die normale Stellung aus der abduzierten überführen kann. — Ferner zeigt er einen Tisch, welcher das Bein während der Fertigstellung des Apparates in absolut sicherer Weise nach der Einrenkung festhält. In der Nachbehandlung sei die Massage des Glut. med. nicht zu vernachlässigen. — 10 Kranke mit absolut normalem Gange werden vorgestellt.

Vanverts (Lille): Volumineux anévrysme poplité. Extirpation.

Die V. poplitea war vom Sacke eingeschlossen und mußte in größerer Ausdehnung reseziert werden. Besondere Sorgfalt wurde der Präparation des Nerven zugewandt, welcher mit Bindegewebe bedeckt wurde.

Ménard (Berck-sur-mer): Un cas de tuberculose du pubis.

Poncet (Lyon): Résultats éloignées d'une calcanéotomie postérieure.

Gangolphe (Lyon): Tumeur blanche sousastragalienne postérieure.

Wenn die Erkrankung — ausgehend vom Talus oder Calcaneus — die entsprechenden Gelenke und Sehnenscheiden ergriffen hat, empfiehlt sich bei Er-

wachsenen die Ablatio tali, welche neben gutem Zugange breite Drainage gestattet und vorzügliche funktionelle Resultate ergibt.

Fröhlich (Nancy): L'action anatomique définitive du rédressement manuel des pieds-bots congénitaux.

Der Effekt des Redressements ist nicht eine Veränderung in der Form der Knochen, sondern eine Luxation des Tarsus im Chopart'schen Gelenke nach oben außen. Dabei muß ein Teil des Lig. intern. und der Mm. peronei ab- bezw. durchgerissen werden. Die Equinusstellung verschwindet, indem gleichzeitig der Astragalus mehr unter die Tibia tritt infolge der Tenotomie der Achillessehne. Zur Erreichung dieses Zieles bedarf es oft 15—32 Sitzungen und eines Zeitraumes von fast einem Jahre.

Péraire (Paris): Résultats éloignés des transplantations musculo-tendineuses pour pieds-bots paralytiques.

Technik: Die Sehne des paralytischen Muskels wird von oben nach unten, die des aktiven von unten nach oben gespalten, beide gabelig ineinander durch seitliche Seidennähte eingepflanzt. Die Verheilung ist eine außerordentlich feste, die Wiederbelebung der Funktion, die Umbildung der Knochenform eine weitgehende.

Vulpius (Heidelberg): La transplantation des tendons dans les cas de paralysie de la cuisse.

Schlaffheit der Kniegelenke wird durch orthopädische Apparate oder Arthrodese beseitigt, während Kontrakturstellung bei Lähmung der Schenkelstrecker der Sehnentransplantation bedarf. Sartorius, Flexoren und Adductor magnus stehen zur Verfügung. Trotz der nicht leugbaren technischen Schwierigkeiten kann aktive Streckbewegung im Gelenke durch Ersatz des Quadriceps erreicht werden.

Mencière (Reims): Opération d'Ogston pour pied-plat valgus douloureux invétéré; confection d'une bottine plâtrée avec semelle en staffe. Utilité du traitement secondaire mécanothérapique et du dressage méthodique à la marche.

Hinzugefügt sei, daß M. die Entfernung des Talus, wie sie in letzter Zeit wiederholt empfohlen sei, verwirft. Bei der Nachbehandlung nach dem Eingriffe komme es vor allem auf die Übung der Muskeln und bei deren Abhängigkeit vom Gehirn auf dessen Schulung und Anleitung durch Zuspruch und Kommando an. Natürlich müsse auch die Mechanotherapie ihr Teil beitragen.

Delbet (Paris): Cal vicieux du cou-de-pied.

Vier Fälle von fehlerhafter Kallusbildung im Fußgelenke hatte D. operativ zu behandeln. Sie tritt am ehesten in den Fällen von Gelenkbrüchen ein, die, sei es von vornherein schwer zu reponieren, sei es schwer mittels Verbandes in guter Adaptation zu erhalten sind: d. h. 1) Brüche am hinteren Rande der tibialen Gelenkfläche — ohne Knöchelbruch; 2) dieselben mit gleichzeitigem Bruche der Fibula bezw. auch des Malleol. int.; 3) die Abduktionsfrakturen mit großer Diastase von Tibia und Fibula.

Seine Technik ist ziemlich kompliziert, gestattet ihm jedoch, nach jedem Tempo Halt zu machen und die Reposition zu versuchen. Die funktionellen Resultate sind befriedigend.

Mencière (Reims): Époule botte paralytique avec grave impotence fonctionnelle. Correction orthopédique du membre et guérison de l'impotence fonctionnelle par une ostéotomie sus-épicondylo-épitrochléenne.

Mit dem Namen »Époule botte« bezeichnet M. den Zustand des Schultergelenkes, bei welchem infolge der Lähmung der Außenroller der Unterarm zu keiner auf den Kopf bezüglichen Bewegung verwendbar ist. Zur Beseitigung des lästigen Zustandes hat M. als erster die als »Ostéotomie sus-épicondylo-épitrochléenne« bezeichnete Operation — die Durchsägung des Humerus oberhalb der Kondylen — und Drehung des Gelenkfortsatzes nach außen um die Längs-

achse des Oberarmes ausgeführt, mit bestem Erfolge, so daß Pat. die Hand bequem zu Mund und Kopf erheben kann.

Berger (Paris): Amputation interscapulo-thoracique.

Die Operation wurde wegen Sarkom des Schulterblattes ausgeführt. Der Kranke erlag einer Septhämie infolge von Nachblutung. B. stellt im allgemeinen fest, daß die operative Mortalität der Sarkome des Schulterblattes durch Amputation des Schultergürtels eine wesentlich größere ist als für Sarkome des Schultergelenkes, wo auf 46 Fälle nur 2 Todesfälle kommen.

Zum Schlusse Vorstellung von Kranken und Apparaten.

Christel (Metz).

---

8) **Comisso.** Über osteoplastisches Karzinom.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 50.)

Der Fall betraf einen 43jährigen Pat. der Gussenbauer'schen Klinik mit Cylinderzellenkrebs der Nase und der Nebenhöhlen, welcher unter Bildung von mächtigen Knochengeschwülsten einen großen Teil der Schädelbasis ergriffen hatte. Die Operation mußte als aussichtslos abgebrochen werden, der Pat. erlag nach einigen Tagen dem Eingriffe.

Den Hauptinhalt der Mitteilung macht die genaue histologische Beschreibung des Präparates aus, die durch drei vorzügliche Abbildungen (Mikrophotogramme) veranschaulicht wird. Das Auffallende ist die im Bereiche des auf den Knochen übergegriffen habenden Schleimhautkarzinoms entstandene starke Knochenneubildung, welche, wie bei einigen metastatischen Knochenkrebsen, zur Bezeichnung »osteoplastisches« oder »ossifizierendes Karzinom« berechtigt.

Hübener (Dresden).

9) **Margarucci.** Sull' angioma primitivo dei muscoli volontari.

(Policlinico 1902. Ser. chir. Nr. 12.)

Es gibt arterielle, venöse und kavernöse Angiome der quergestreiften Muskeln. Es sind selten vorkommende Geschwülste, an verschiedenen Körperstellen beobachtet, von langsamem Wachstum, beschränkten Dimensionen, gelappter Oberfläche, zeichnen sich durch wechselnde Füllung und Größe aus, sonst von weicher Konsistenz, event. pulsierend. Sie kombinieren sich mit Lymphangiom, mit Lipomen. Metamorphosen in Gestalt von Thrombose einzelner Partien sind häufig; Verknöcherung hat M. früher in einem Falle beobachtet. Sein neuer betraf eine halbeigroße Geschwulst, die bruchartig aus einem Schlitze in der Aponeurose des linken Rectus abdominis hervortrat, sich reponieren ließ. Die mikroskopische Untersuchung wird an der Hand einiger Abbildungen wiedergegeben. Das kavernöse Gewebe ist im Perimysium internum entwickelt, die Muskelfasern verhalten sich passiv. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

10) **Krug.** Tetanus nach Gelatineinjektionen.

(Therapeutische Monatshefte 1902. p. 282.)

11) **Margoniner und Hirsch.** Die subkutane Gelatineinjektion und ihre Gefahren.

(Ibid. p. 334.)

K. stellt 7 Fälle von Tetanus nach Gelatineinjektionen zusammen, welche beweisen, daß die bisher übliche Sterilisation der Gelatine nicht genügte. Er kommt zu dem Schlusse, daß die Gelatineinjektionen ebenso unsicher in ihrer Wirkung, wie gefährlich in ihren Folgen und daher am besten ganz zu vermeiden seien. M. und H. verkennen zwar nicht die Gefahren, betrachten aber die Injektionen als ein treffliches blutstillendes Mittel und hoffen, daß Mittel und Wege gefunden werden, um eine gefahrlose Anwendung der Gelatine zu ermöglichen.

Willemer (Ludwigslust).

12) **A. Barraja.** Elimination du chloroforme.

(Marseille méd. 1902. November 15.)

Verf. untersuchte eine Anzahl von Pat., welche Chloroform entweder längere Zeit innerlich genommen hatten oder narkotisiert waren, daraufhin, ob das Chloroform unzersetzt im Urin ausgeschieden wird. Er fand in keinem einzigen Falle unzersetztes Chloroform im Urin. **Mohr** (Bielefeld).

13) **Volpe.** Dell asta doppia.

(Policlinico 1903. Ser. chir. Nr. 1.)

Ein Kind mit doppeltem Penis zeigte folgende Anomalien: Atresia ani, infolge deren Tod am 27. Lebenstage. Ileum einfach. Zwei Valvulae Bauhini; ein rechtes und linkes Kolon; zwei Blasen, zwei Harnröhren, zwei Penis mit Corpus cavernosum etc.; zwei Skroten; nur das rechte enthält einen Hoden. Eine Hufeisenniere, die mit einem Harnleiter in die linke Blase mündet.

Es handelt sich um einen Penis duplex, der auf eine doppelte Keimanlage zurückzuführen sei. Davon zu trennen ist der Penis bifidus und der durch ein Septum geteilte, bei welchen die übrigen Organe einfach oder nur zum Teil verdoppelt oder in zwei geteilt sind. Drei Photographien.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

14) **P. Bockenheimer.** Zur Ätiologie der Bauchblasengenitalspalte.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

B. beschreibt das Präparat einer Mißbildung, die man als das typische Bild einer Bauchblasendarmgenitalspalte oder Fissura vesico-abdominalis bezeichnet und die in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das weibliche Geschlecht betrifft. Chirurgisches Interesse hat die Anomalie nicht; denn die Kinder sind nicht lebensfähig. Bemerkenswert erschien indessen der Fall, weil die Entstehungsursache sich nicht mit den bisher herrschenden Theorien vereinbaren ließ, besonders nicht mit der von Reichel gegebenen, daß es sich um eine in der vierten Woche entstandene Hemmungsbildung handle. Verf. meint, daß für diejenigen Mißbildungen, welche mit Wahrscheinlichkeit nicht in so früher, sondern erst in späterer Zeit entstanden sind, das Trauma als wahrscheinlichste Ursache in Betracht kommt. Es können dann anscheinend nebensächliche Befunde, wie Deformitäten am Skelett, auf die traumatische Entstehung des ganzen Komplexes der vorhandenen Abnormitäten aufmerksam machen. Sicher ist die Zahl der durch mechanische resp. traumatische Anlässe entstandenen Mißbildungen gar nicht so klein, und B. hofft durch die Beschreibung seines Präparates die Forschung in dieser Richtung anzuregen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

15) **L. Fournier et O. Beaufumé.** Recherche du bacille de Koch dans l'urine.

(Société de biologie 1902. November 15.)

Verff. haben eine größere Anzahl von Tuberkulösen verschiedener Art, bei denen eine tuberkulöse Nierenerkrankung ausgeschlossen erschien, daraufhin untersucht, ob Tuberkelbazillen durch die Nieren ausgeschieden wurden. Hiernach kann man bei allen Tuberkulösen mit rascher Entwicklung der Krankheit oder während akuter Verschlimmerung Tuberkelbazillen im zentrifugierten Harn nachweisen. Dieser Nachweis war auch mehrfach von diagnostischem Werte bei unklaren Fällen. **Mohr** (Bielefeld).

16) **Bazy.** Rétrécissement congénital de l'urètre chez l'homme.

(Presse méd. 1903. Nr. 19.)

An der Hand von 6 Beobachtungen am Lebenden schildert B. ein Krankheitsbild, das seines Erachtens durch Stränge oder Klappen in der Regio bulbaris veranlaßt wird, welche auf einer teilweisen Resistenz der fötalen Membrana uro-

genitalis beruhen, also angeboren sind. Die männlichen Pat., welche sonst keine Anzeichen einer Genitalerkrankung darboten, kamen fast alle wegen seit frühester Jugend bestehender Enuresis nocturna in Behandlung.

Bertelsmann (Hamburg).

17) **Bazy.** Oblitération de l'urètre par une valvule congénitale.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 7.)

Die Verlegung der Harnröhre war nicht vollkommen, vielmehr fand ein intermittierender Durchtritt von Harn statt. Es wurde urethrotomiert und die Klappe exzidiert, worauf völlige Heilung eintrat. **V. E. Mertens** (Breslau).

18) **D. Rochet.** Six cas d'ablation par le périnée de la prostate hypertrophiée.

(Gaz. hebdom de méd. et de chir. 1902. Nr. 37.)

R. geht pararektal ein mit nach hinten konkavem Schnitt, löst den Mastdarm bis über die Prostata hinauf von dieser ab, schneidet die untere Wand der Pars prostatica in ganzer Länge bis an die Blase heran ein und ebenso die ganze Drüse der Länge nach und schält jede Drüsenhälfte vom Blasenboden ab, meist unter Mitnahme eines Stückes der unteren Harnröhrenwand. Drainage der Blase, Tamponade der Wunde. Unter 6 Fällen 1 † 2 Wochen nach der Operation.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

19) **Hock.** Zur Frage des Curettements der Blase bei Cystitis dolorosa.

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 42.)

H. empfiehlt die von Guyon 1889 in die Therapie der Cystitis eingeführte Ausschabung der Blase auf Grund seines Falles, bei welchem sie in der Tat vorzügliche Dienste geleistet zu haben scheint.

Ein seit 4 Jahren an Cystitis leidendes Dienstmädchen hat die unangenehmsten Urinbeschwerden: sie muß alle 5—10 Minuten urinieren, hat vor und nach dem Urinieren heftige Schmerzen und ist infolgedessen schlaflos. Die Blase faßt höchstens 40—50 ccm Inhalt; es gelingt deshalb nur mit Mühe durch das Cystoskop zu erkennen, daß es sich um schwere ulceröse Cystitis handelte, welche aber fast ausschließlich auf das Trigonum und dessen nächste Nachbarschaft beschränkt ist. Da jede andere Behandlung jahrelang vergebens war, wurde die Blase ausgeschabt mit dem Erfolge, daß seit über einem Jahre alle Beschwerden vergangen sind. **Bertelsmann** (Hamburg).

20) **Pozzi.** Calcul de l'urètre.

(Gaz. des hôpitaux 1902. Nr. 141.)

Eine junge Frau, die niemals Nierenkoliken gehabt hatte, kam zu P. wegen Beschwerden im Leibe mit allen Zeichen von Salpingitis. Durch die Scheide war eine harte Geschwulst hinter der Cervix uteri zu fühlen. Es wurden die Adnexe exstirpiert. Bei der Operation fühlte P. einen Harnleiterstein. Er extrahierte ihn und vernähte den Harnleiter. Nach Beendigung der Operation touchierte P. und fand noch immer die harte Geschwulst hinter der Cervix. Die sofortige Wiederöffnung des Bauches ergab einen zweiten Harnleiterstein, der nun gleichfalls entfernt wurde. Pat. genas.

Die beiden Steine erwiesen sich als Teile eines zerbrochenen.

V. E. Mertens (Breslau).

21) **C. Schneider.** Zur Pathologie und Therapie eines durch Steinbildung in einem Ureter und Pyonephrose komplizierten Falles von Inversio vesicae.

Inaug.-Diss., Kiel, 1901.

Genaue Beschreibung des sehr interessanten Falles, welcher durch Exstirpation der rechtsseitigen vereiterten Niere und des zugehörigen mit Steinen ge-

füllten Harnleiters, durch Einpflanzung des linken Harnleiters nebst einem Stück der Blase in die Flexur zur Heilung gebracht wurde.

Bertelsmann (Hamburg).

22) **Revenstorff.** Über die Implantation der Ureteren in den Darm zur Heilung der Ectopia vesicae.

Inaug.-Diss., Kiel, 1901.

Beschreibung eines von Helferich operierten Falles von Ectopia vesicae. Die Harnleiter wurden in das S romanum implantiert. Zuerst wurde die Serosa des letzteren durchtrennt, sodann die Harnleiter, jeder mit einem Rest Blasenschleimhaut, gesondert, der rechte oben, der linke unten eingepflanzt. Fast ein Jahr nach der Operation erfreute sich der nunmehr 10jährige Pat. des besten Wohlseins. **Bertelsmann** (Hamburg).

23) **Arnstein.** Ein Fall von »spontaner« akuter Gangrän des Skrotums.

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 29.)

Wie der Titel besagt, handelt es sich um einen jener interessanten Fälle, die von Fournier und Lallemant zuerst als besonderes Krankheitsbild beschrieben worden sind, und bei denen die Ätiologie, wie auch die Literaturübersicht A.'s ergibt, recht dunkel ist. Bei A.'s Pat. war es nach Chiari's Untersuchungsbefund, den dieser an exzidierten Hautstückchen erhoben hatte, eine »Phlegmone suppurativa necroticans«, verursacht durch Streptokokken. A. vermutet, daß die Phlegmone an Kratzeffekte bei bestehender Skabies sich angeschlossen habe. Da sich an der Albuginea des linken Hodens ein kleiner nekrotischer Bezirk bei der Operation zeigte, will A. aber nicht ganz ausschließen, daß dieser Befund vielleicht ätiologische Bedeutung habe, wenn es ihm auch wahrscheinlicher erscheint, daß der von außen vordringende phlegmonöse Prozeß im Moment der Operation im Begriff war, auf den Hoden überzugreifen. Der Fall nahm, im Gegensatz zur Urininfiltration, mit dem das Krankheitsbild bei oberflächlicher Betrachtung große Ähnlichkeit hat, einen schnellen und günstigen Verlauf.

Bertelsmann (Hamburg).

24) **Senator.** Über muskuläre Rückenversteifung (Rigiditas dorsalis myopathica).

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 6.)

Auf die myogene Natur gewisser Fälle von Wirbelsteifigkeit hat kürzlich R. Cassirer (cf. Referat in d. Zentralblatt 1902 p. 605) aufmerksam gemacht.

Verf. berichtet über einen solchen Fall, der früher in der Gerhardt'schen Klinik beobachtet und von Dorendorf genau beschrieben wurde, und bei dem die jetzige Untersuchung erst unter Zuhilfenahme der Narkose ergab, daß es sich um eine ausgedehnte Erkrankung der Rückenmuskulatur handelte, die als chronische Myositis bezeichnet werden muß, und daß die seit dem Jahre 1896 beobachtete Versteifung des Rückens, wenn auch nicht ausschließlich, so doch ganz vorzugsweise durch diese Muskelerkrankung hervorgerufen wurde. Aus der für ein kurzes Referat nicht geeigneten ausführlichen Krankengeschichte sei hervorgehoben, daß in der Anamnese Gonorrhoe und Lues enthalten sind und ätiologisch in Betracht kommen. **Langemak** (Rostock).

25) **Henschen und Lennander.** Rückenmarkstumor, mit Erfolg exstirpiert.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

Bei einem 50jährigen Manne entwickelte sich im Laufe eines Jahres Anästhesie der Beine und Arme, des Rumpfes bis zur zweiten Rippe, vollständige Lähmung des rechten, Parese des linken Beines, sowie Parese beider Arme. Bei der Ope-

ration wird ein spindelförmiges, 3,8 cm langes Fibrosarkom zwischen Pia und Arachnoidea unter dem 6. Cervicalwirbel gefunden und entfernt. Nach der Operation gehen sämtliche Störungen zurück, so daß völlige Heilung eintrat — ein glänzendes Resultat, wie es nur selten unter den bisher operierten Rückenmarksgeschwülsten erreicht wurde. Pat. wurde vor und nach der Operation lange Zeit aufs sorgfältigste beobachtet, die einzelnen Phasen der Entwicklung und des Schwindens der sensiblen und motorischen Störungen werden aufs genaueste mitgeteilt. Es ergab sich besonders eine interessante, aber schwer zu erklärende Dissoziation des Wärme- und Kältesinnes; ferner war die Tastempfindung bedeutend mehr geschädigt als die Schmerz- und Temperaturbahnen. Das genaue Studium der Anästhesie zeigte, daß der Daumen an beiden Händen ein eigenes Gebiet bildet, daß keine Übereinstimmung mit den in den Büchern angegebenen Innervationsgebieten vorhanden war. **Haeckel** (Stettin).

26) M. Vilmain. Section transversale partielle de l'artère et de la veine fémorales gauches par un canif grattoir; anévrysme faux consécutif.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1902. Nr. 5.)

Ein Feder-Radiermesser glitt einem Korporal aus der Hand und fiel auf seinen linken Oberschenkel. Zunächst Blutstillung durch Druckverband auf die kleine Wunde; am 3. Tage traten unter Fiebererscheinungen Schmerzen in dem betreffenden Unterschenkel ein. Die Umgebung der kleinen Wunde war stark geschwollen und zeigte Pulsation. Bei der Operation wurde festgestellt, daß die Oberschenkelvene ganz und die Arterie teilweise durchtrennt war, beide wurden doppelt unterbunden. Nach Lösung der Esmarch'schen Binde trat noch eine gleichmäßige Blutung ein, die durch kurzdauernde Tamponade mit heißem Karbolwasser gestillt wurde, wodurch das Anlegen der Naht der Wunde möglich war. Heilung ohne schädliche Folgen. **Herhold** (Altona).

27) K. Vogel. Spalthand und Spaltfuß.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 1.)

V. vermehrt die Kasuistik der nicht gerade sehr häufigen, angeborenen Mißbildungen um einen Fall von doppelseitiger Spalthand und Spaltfuß, der insofern interessant ist, als einige Geschwister des Pat. ähnliche Verkrüppelungen zeigten. Pat. ist das älteste Kind seiner Eltern, auf ihn folgt eine Schwester und dann noch drei Brüder. Die Schwester hatte auch beiderseits verkrüppelte Hände und Füße. Der älteste Bruder nur verkrüppelte Hände, aber normale Füße, die beiden jüngsten Brüder sind ganz normal.

Die Kinder und Kindeskinder des Pat. sind normal. V. hält seinen Fall nicht für geeignet, die Kümmel'sche Theorie der Entstehung dieser Mißbildung (Amnionstränge) zu stützen, sondern glaubt, daß sein Fall mit dem von Perthes, Goldmann, Mayer zu der Annahme eines anderen ätiologischen Prinzips drängt, dem einer endogenen Ursache, einer fehlerhaften Keimanlage, deren Vorbedingungen und erste Entstehung wir allerdings unserer Erkenntnis nicht zugänglich zu machen vermögen. **H. Wagner** (Breslau).

Berichtigung.

P. 334 Z. 15 v. u. lies »Habilitationsarbeit« statt »Inaug.-Diss.«

Der Autor wünscht hervorgehoben zu sehen, daß sich der Hauptteil seiner Arbeit nicht auf treppenförmige Durchschneidung einer verkürzten Sehne bezieht, sondern sich mit der Neubildung der Sehne nach Setzung eines Defektes beschäftigt an der Hand eines künstlichen Ersatzmaterials, als das er Celluloidzwirn genommen.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 20. **Sonnabend, den 16. Mai.** **1903.**

XXXII. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatte einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

Zur Statistik der Äthylchloridnarkose.

Von

Dr. Georg Lotheissen,

Privatdozent und Primararzt am k. k. Kaiser Franz Josef-Spital in Wien.

Immer häufiger liest man in den medizinischen Fachschriften von neuen Versuchen, die mit der Äthylchloridnarkose gemacht wurden und findet daher auch hier in unserem Zentralblatt ein Referat über die betreffende Arbeit. Wer nun nicht Gelegenheit hat, die Originalarbeiten zu sehen, könnte leicht zu der falschen Meinung kommen, daß diese Narkose recht gefährlich wäre, da im Jahre 1901 (Nr. 6) und auch in diesem Jahrgang erst kürzlich (Nr. 9) über einen Todesfall durch Äthylchloridnarkose berichtet wurde, während andererseits die meisten Autoren nur über eine geringe Zahl von Beobachtungen am Menschen verfügen, wie z. B. Girard (Referat 1903 Nr. 11) über 78. Zugleich finden wir in der so viel verbreiteten Operationslehre Kocher's[1] ein herbes Urteil über das Kelen, das sicher manchen abschrecken wird.

Da ich nun unter den Chirurgen der erste war, der systematisch Äthylchlorid zur Narkose anwandte (August 1896) und es auch wiederholt empfohlen habe, fühle ich eine Art persönlicher Verantwortung und möchte daher nicht, daß ein Mittel, das gewiß gute Dienste zu leisten imstande ist, ungerecht verurteilt werde. Darum möchte ich darlegen, wie es sich mit diesen Todesfällen verhält und wie ferner die Statistik der Äthylchloridnarkose heute lautet.

Daß Soulier nur mit Äthylidenchlorid arbeitete und daher sein Todesfall nur diesem Mittel zur Last fallen kann, ist bereits mehrmals festgestellt worden. Der auf Kocher's Klinik vorgekommene Todesfall[2] betraf einen 27jährigen Mann mit Fußkaries, der »eine Woche später an den Folgen der Äthylchloridnarkose starb«.

Da die betreffende Krankengeschichte spurlos verschwunden ist, läßt sich heute diese sonderbare Angabe nicht klarstellen. Bei der Flüchtigkeit des Äthylchlorids ist es aber nicht wahrscheinlich, daß eine solche Spätwirkung aufgetreten wäre. Nach so langer Zeit schieben wir sogar dem Chloroform einen Todesfall nicht mehr in die Schuhe. Hätte eine Pneumonie bestanden, so wäre sie gewiß nicht als Kelenwirkung aufzufassen, da dieses die Lungen nicht angreift.

In dem Falle König's (Bern) war durch eine Minute Äthylchlorid zur Einleitung der Narkose verwendet, dann war durch

---

[1] 4. Auflage. Jena, Fischer, 1902.

[2] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIV (cit. bei Spengler).

49 Minuten Äther gebraucht worden[3]. Es wurde eine substernale Struma exstirpiert; die schwächliche Kranke starb am Tage nach der Operation an akutem Lungenödem. Hier kann doch nur von einer Ätherwirkung die Rede sein.

An der Innsbrucker Klinik Prof. v. Hacker's sah ich selbst einen Todesfall bei einem kräftigen 41jährigen Manne, Trinker, der aber hochgradige Arteriosklerose der Koronararterien und Degeneration des Herzmuskels zeigte[4]. Hier lag echter Narkosetod vor.

Joh. Seitz (Zürich) hat über den Tod einer 55jährigen Frau berichtet, die starb, nachdem ihr 17 Stunden zuvor bei lokaler Anwendung von Äthylchlorid drei untere Schneidezähne gezogen worden waren[5], und erklärt: »Vergiftung mit Chloräthyl war zweifellos«. Da dieser Fall die Runde durch die Blätter machte — auch Kocher citiert ihn in seiner Operationslehre —, muß er erwähnt werden, obwohl er schon von mehreren Seiten als nicht zur Äthylchloridnarkose gehörig zurückgewiesen worden ist. Die Frau war kyphoskoliotisch und hatte ein Jahr zuvor einen Schlaganfall mit linksseitiger Lähmung erlitten. Nun trat nach einer Zahnextraktion ein neuer Schlaganfall auf, der zum Tode führte. Daß es dazu kam, ist leicht begreiflich. »Die Furcht vor dem Zahnreißen war bei ihrer Schwäche und Ängstlichkeit die letzten Tage über groß gewesen«. Wegen ihrer Schwäche war von Narkose abgesehen, wegen der Angst lokale Anästhesie geübt worden. Trotzdem Verf. von einem »Chloräthyltod« spricht, finden wir in seinem Bericht alle Erscheinungen eines apoplektischen Insults geschildert: Das Bewußtsein war aufgehoben, völliges Koma, nur »minime«, unbewußte Reflexe am Körper, »die Inspiration ist schlürfend, der Puls ganz ordentlich, die Hautfarbe gar nicht blau, sondern frischrote Wangen«, was ja bei Apoplexie häufig der Fall ist. Beim echten Narkosetod durch Äthylchlorid ist aber das Gesicht gerade blau, cyanotisch! Wenn sich J. Seitz darauf beruft, daß bei der Obduktion des Innsbrucker Falles das Blut in den Gefäßen »kirschrot« gefunden wurde, ähnlich wie bei Kohlenoxydvergiftung, so folgt ja daraus nicht, daß wie bei dieser Vergiftung auch das Gesicht hellrot sein muß; ich habe auch damals deutlich gesagt, daß es cyanotisch war! J. Seitz hebt ferner hervor, daß »kein besonderer Geruch« bemerkbar war. Die mit Äthylchlorid Narkotisierten behalten oft stundenlang einen eigentümlich scharfen, etwas an Senföl erinnernden Geruch der Exspirationsluft. Seine Angabe macht es also wahrscheinlich, daß die Pat. das Kelen überhaupt nicht eingeatmet hat. Ferner vermißt man bei Seitz die Erwähnung von Abwehrbewegungen, welche dem Herzstillstand vorausgehen, und die auch beim Chloroform öfters zu beobachten sind. Prüft

---

[3] Über Äthylchloridnarkose. Inaug.-Diss. 1900.
[4] Münchener med. Wochenschrift 1900. Nr. 18.
[5] Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1901. März u. Juli.

man den Bericht des Zahnarztes und die Schilderung von J. Seitz genau, so findet man nicht die Spur einer Ähnlichkeit mit unserem Falle echten Narkosetodes.

McCardie narkotisierte einen 37jährigen Trinker, bei dem eine Lachgasnarkose mißlungen war, zu einer Urethrotomie mit Äthylchlorid (20 g in 7 Minuten). Pat. war nach der Operation ganz wohl, trank eine halbe Stunde später reichlich Milch, wurde aber $^5/_4$ Stunden nach dem Erwachen tot gefunden. Außer seiner Striktur und chronischen Cystitis fand sich Nephritis, chronische adhäsive Peritonitis, beiderseits Pleuritis, Perikarditis und Fettleber[6]. Als Narkosetod darf der Fall nicht gezählt werden, aber auch eine Spätwirkung des Äthylchlorids kann man kaum annehmen. McCardie selbst betont schon, daß das ganze Anästhetikum mindestens eine Stunde vor dem Tode wieder habe ausgeschieden sein müssen. Daß der Kranke nach dem Erwachen sich völlig wohl befand, spricht auch dagegen. Die Todesursache liegt wohl in der allgemeinen Degeneration der inneren Organe.

Endlich hat Bossart berichtet[7], daß ein $1^3/_4$ Jahre alter Knabe während einer Äthylchloridnarkose gestorben ist. Das Kind litt bis vor 3 Wochen an Pertussis; nun war es seit zwei Tagen an Diphtherie erkrankt, in deren Verlauf die Stenose der Atemwege so zugenommen hatte, daß schon vor Eintritt in das Spital mehrere Erstickungsanfälle aufgetreten waren. Tracheotomie: nach etwas mehr als 3 Minuten (5 ccm Äthylchlorid), plötzlich beim Anhaken der Trachea, wird die Atmung schlecht, Entfernung der Maske. Nach Einlegen der Kanüle sistiert die Atmung, die Pupillen werden weit, reaktionslos, der Puls ist nicht mehr fühlbar, die schon vor der Operation bestehende Cyanose ist noch gesteigert. Es fand sich eine große Thymus, sonst der Befund der Herzlähmung. Solch plötzliche Herzlähmungen kommen nun allerdings bei diphtheritischer Intoxikation auch ohne Narkose öfter vor; man kann aber nicht in Abrede stellen, daß hier die Narkose die Gelegenheitsursache dazu gegeben hat. Meiner Ansicht nach hätte das Kind überhaupt nicht narkotisiert werden sollen, es wäre wohl in jeder Narkose geblieben. Man hätte besser getan, ohne Narkose oder mit Schleich'scher Infiltrationsanästhesie zu arbeiten.

Wir finden also nur einen echten Narkosetod (Innsbrucker Klinik) und dann noch einen Todesfall während der Narkose (Bossart). Die anderen können alle ausgeschieden werden.

Im April 1902 waren bereits 16000 Kelennarkosen ausgeführt[8]; inzwischen sind gewiß mindestens 1000 hinzugekommen, deren Verteilung sich in abgerundeten Zahlen folgendermaßen gestaltet: Öster-

---

[6] Lancet 1901. Juli 20.

[7] Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1902. Nr. 19.

[8] Weitere Beiträge zur Chloräthylnarkose von Zahnarzt G. Seitz (Konstanz). Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde 1902. Maiheft.



reich-Ungarn 2600, Schweiz 2500, Deutschland 1700, Frankreich 1600, Rußland 600, England 600, Belgien, Dänemark, Holland, Italien etc. 400, ferner Amerika mit 7000. Ein großer Teil dieser Narkosen wurde von Zahnärzten ausgeführt, denen das Mittel durch Carlson und Thiesing, namentlich aber durch ein Referat Billeter's (1897)[9] bekannt wurde. Da die Gefahr für das Leben aber stets die gleiche ist, dürfen wir alle mitrechnen[10].

Somit ergibt sich, daß wir einen Narkosetod auf 17000 Narkosen haben. Wenn jemand während einer Operation im Kollaps stirbt, darf das Narkosemittel allein nicht beschuldigt werden; den Fall Bossart dürfte man also vielleicht abziehen. Selbst wenn man ihn aber mitzählt, hätten wir erst einen Todesfall auf 8500 Narkosen. Das Äthylchlorid hat also gewiß schon bewiesen, daß es weniger gefährlich als Äther und sogar weniger gefährlich als Bromäthyl ist, das sich noch immer großer Beliebtheit erfreut, obwohl bereits 24 Todesfälle bekannt sind (G. Seitz, l. c.).

Ich glaube daher, daß die Kelennarkose[11], mit der bei jeder Narkose nötigen Vorsicht geübt, gewiß allgemeinere Beachtung verdient. Sie leistet für kleinere Operationen ganz vorzügliche Dienste, insbesondere weil sie den Kranken viel weniger unangenehm ist als eine Narkose mit einem anderen Mittel, z. B. dem ähnlich wirkenden Bromäthyl, welchem auch eine stärkere Exzitation eigen ist. Wir haben aber auch große Operationen von 1—1$^1/_2$ Stunden Dauer damit ausgeführt. Ferner ist sie aber sehr geeignet zur Einleitung anderer Narkosen, speziell der mit Äther, da die Pat. viel rascher narkotisiert werden. Man erspart so ihnen und sich viel Zeit; zugleich fällt aber auch das für den Herzkollaps gefährliche Exzitationsstadium des Äthers oder Chloroforms weg oder wird wenigstens sehr abgekürzt. An der Innsbrucker Klinik haben wir diese Kombinationsnarkosen seit März 1899 systematisch ausgeführt, später wurden sie auch von anderer Seite (Pollosson, Nové-Josserand (Lyon), Dumont, König (Bern), Tuttle (Amerika) und neuerlich besonders von Girard empfohlen.

Das Präparat dürfte ziemlich irrelevant sein. Von vielen Seiten wird jetzt »reines Chloräthyl« in den Handel gebracht. Ich habe Äthylchlorid verschiedenster Herkunft[12] versucht und meist nur graduelle Unterschiede bemerkt. Neuerlich verwende ich nur das Chloräthyl Henning, allerdings hauptsächlich aus Ersparungsrück-

---

[9] Schweizer Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde 1897.

[10] Ware (Journ. of the amer. med. assoc. Bd. XXXIX Nr. 19) hat 12436 Fälle von Äthylchloridnarkose gesammelt, darunter 1000 selbstgeleitete, hier sind jedoch die zahnärztlichen Narkosen nicht eingerechnet.

[11] Der Name Kelen ist zwar »gesetzlich geschützt« für das Präparat der Société chimique in Lyon. Da er aber kürzer und bequemer ist, darf man ihn wohl auch für Äthylchlorid anderer Provenienz benutzen.

[12] Robisch (München), Thilo (Mainz), Lyoner Präparat (Kelen), Henning (Berlin).

sichten. Ich habe aber bisher in mehr als 150 Fällen guten Erfolg gehabt, nur einmal, bei einem jungen Mädchen, nicht etwa einem Potator, hat es versagt.

---

1) **Mohr** (Bielefeld). Geschwulstbildung und Trauma.

(Medizinische Woche 1902. Hft. 9 u. 10.)

Nach eingehender Würdigung der in Betracht kommenden Momente stellt Verf. als notwendig für den Beweis des Zusammenhangs zwischen Geschwulstbildung und Trauma folgende Bedingungen auf:

1) Die Gewalteinwirkung muß ärztlich festgestellt oder von Zeugen einwandsfrei bewiesen werden.

2) Die Geschwulst muß entweder genau der Stelle der traumatischen Einwirkung entsprechen, oder es muß (besonders bei Geschwülsten innerer Organe in Betracht kommend) eine starke vorausgegangene Erschütterung des ganzen Körpers oder der betreffenden Gegend in zeitlichem und symptomatischem Zusammenhang mit der Geschwulstentwicklung stehen. Bei angeblich nach Erschütterung aufgetretenen Geschwülsten wird man im Einzelfalle besonders kritisch vorgehen müssen.

3) Entsprechen die zeitlichen Verhältnisse dem durchschnittlichen Entwicklungsstadium der betreffenden Geschwulstform oder ist eine Brücke zwischen Unfall und erstem Auftreten der Krankheit vorhanden, so vermehrt das die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs und erleichtert die Beurteilung des Falles; sind die zeitlichen Verhältnisse ungewöhnlich oder ist ein langes symptomloses Intervall vorhanden, so vermindert das die Wahrscheinlichkeit, schließt sie aber noch nicht ohne weiteres aus; vielmehr muß im Einzelfalle auf Grund der sonstigen Verhältnisse entschieden werden.

4) Für den Gutachter wird es in erster Linie darauf ankommen, den verschlimmernden Einfluß des Unfalls festzustellen. Denn die Entschädigungspflicht tritt schon dann ein, wenn das Trauma nicht die alleinige, sondern nur eine der mitwirkenden Ursachen der Erkrankung bildet, und es genügt der Nachweis, daß das Trauma eine bis dahin ohne Erscheinungen verlaufene Geschwulst zu rascherem Wachstum gebracht hat.

Bertelsmann (Hamburg).

---

2) **O. Rosenbach.** Arzt contra Bakteriologe.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1903. 278 S.

Unter dem Titel Arzt contra Bakteriologe hat R. eine Reihe früherer Publikationen aus seiner Feder zusammengestellt, in denen er, um seine Worte zu gebrauchen, die Auswüchse der Bakteriologie bekämpft und darauf hinweist, daß die Lehren der orthodoxen Bakteriologie, weit entfernt, auch nur eins der Rätsel der Medizin zu lösen, vielmehr das Verständnis klinischer Vorgänge erschweren

und vor allem große Gefahren in sozialer und ethischer Beziehung bergen. Den Chirurgen werden besonders die ersten Kapitel: Über den Wechsel therapeutischer Moden mit spezieller Berücksichtigung der Lehre von der Antisepsis, Bedeutung des Tierexperiments für Pathologie und Therapie, Injektionskrankheit und Infektionskrankheit interessieren. Im übrigen scheint mir Verf. in zahlreichen Punkten in denselben Fehler verfallen zu sein, den er den »Nichtsalsbakteriologen« vorwirft, in den der Einseitigkeit. Ich greife einen Satz heraus. R. sagt p. 178: »Hätte irgend ein Arzt der früheren Periode wagen dürfen, Fälle als Diphterie zu bezeichnen, wo der Hals gesund, das Allgemeinbefinden ungetrübt war? Und doch tut man das jetzt«. Kein Arzt wird bei einem gesunden Menschen, bei dem die aus irgend einem Anlaß vorgenommene bakteriologische Untersuchung der Mundhöhle Diphtheriebazillen ergeben hat, eine Diagnose auf Erkrankung an Diphtherie stellen. Auch in seinen Ausführungen über die Cholerafrage, seiner Anzweiflung der ätiologischen Bedeutung der Choleravibrionen wird R. wenig Anhänger finden. Seine absprechende Kritik an zahlreichen durch die bakteriologischen Untersuchungsmethoden festgestellten Tatsachen setzt ihn nicht in den Stand, diskutable neue Anschauungen zutage zu fördern.

Als Erreger der konstitutionellen Lues sucht er nicht ein Mikrobium, sondern er spricht, wenn auch mit aller Reserve, die Vermutung aus, daß das infizierende Agens eine Art von Vaccine ist, die ihre Wirkung »lebendigen« Eiweißmolekülen verdankt. Die vom Verf. supponierte schädigende Rückwirkung der bakteriologischen Laboratoriumsdiagnose auf den ärztlichen Stand vermögen wir in keiner Weise anzuerkennen.

Es muß aber hervorgehoben werden, daß die Abhandlungen durchweg ein originelles Gepräge tragen und von einer langjährigen ernsten Beschäftigung mit dem Stoffe Zeugnis ablegen. Auch wenn man mit den Ansichten des Verf. in vielen Punkten nicht übereinstimmen kann, bietet die Lektüre der Arbeiten doch mannigfache Anregung. **Läwen** (Leipzig).

---

3) **H. Kaposi.** Chirurgie der Notfälle.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1903. 231 S.

Diese Darstellung der dringenden chirurgischen Eingriffe, welche dem Chirurgen nichts Neues bringt, wird manchem Praktiker willkommen sein, weil sie den neuesten Stand der chirurgischen Anschauung über das Verhalten in allen wirklichen Notfällen erörtert. Sehr knapp, kürzer jedenfalls, als es der Bedeutung dieses Punktes entspricht, sind der Notverband und die Transportmittel behandelt.

Dagegen ist die Anästhesie, die Bekämpfung des Choks und vor allem die wichtige Frage der ersten Wundversorgung, die Wundvereinigung, eingehend besprochen. Die an der Heidelberger Klinik geübte Behandlung der Verbrennungen ist die alte und einfache

mit Leinöl-Kalkwasser oder Borsalbe oder einem gewöhnlichen feuchten Verband, die heute viele Ärzte über 100 angeblich schmerzstillenden Pulvern ganz und gar vergessen zu haben scheinen. Der allgemeine Teil behandelt noch überaus knapp die Extremitätenverletzungen.

Die Kapitel des speziellen Teiles schildern in knappster Form die wichtigsten eiligen Eingriffe; es sind hier eine Anzahl gut gewählter Krankengeschichten eingeflochten, die die Lektüre des Büchleins auch für den Spezialchirurgen lesenswert machen. Insbesondere sind eine ganze Anzahl interessanter Verletzungen mitgeteilt. **P. Stolper** (Breslau).

---

4) **A. Köhler.** Beitrag zur Geschichte der sozialen Wohlfahrtseinrichtungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 68.)

Die Arbeit, der Festschrift für Esmarch zugehörig, ist diesem als dem geistigen Urheber des heutigen Samariterwesens gewidmet. Sie tut mancherlei Einrichtungen älterer Zeit, die zur Invalidenversorgung etc. geschaffen sind, kurze Erwähnung. So der Gründung der Invalidenstadt Italica durch Scipio den Älteren, der Stadt Nicopolis durch Pompejus, der römischen Veteranenkolonien in Mainz und Wiesbaden, der Knappschaftskassen in Sachsen und im Harz, der Einrichtungen des Ladislaus IV für die Salzbergwerkleute in Wieliczka u. a. Zum Schluß sind auch die wichtigsten Daten der von Deutschland zur Versicherung gegen Krankheit etc. eingeführten Gesetze genannt. **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

---

5) **Poppert.** Experimentelle und klinische Beiträge zur Äthernarkose und zur Äther-Chloroform-Mischnarkose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 505.)

Durch zahlreiche Tierexperimente hat P. dargetan, daß der Äther auf die Lungen schädlich einwirkt, und zwar bestanden die Lungenveränderungen bei den Versuchstieren in Hyperämie, Blutungen und Ödem, Befunde, die P. dadurch zu erklären geneigt ist, daß die toxische Wirkung des Äthers eine abnorme Durchlässigkeit der Gefäße nach sich zieht. Das Resultat der Experimente, sowie die klinische Erfahrung nötigte jedenfalls dieser üblen Lungenbeeinflussung wegen, den Äther als das gefährlichere Narkotikum anzusehen und ihm das Chloroform vorzuziehen, welches eine bei weitem geringere Lungenschädigung bewirkt. Was die Mischnarkosen betrifft, so fand P., daß diejenigen Mischungen, bei denen der Äther in einem solchen Verhältnis zugesetzt ist, daß sich eine narkotisierende Wirkung desselben geltend macht (z. B. 5 Äther zu 1 Chloroform), sich ebenso wie die einfachen Äthernarkosen verhalten und deren Nachteile in verstärktem Maße besitzen. Dagegen lobt P. sehr die von Geppert vorgeschlagene Art der Mischnarkose, die er über

2500mal klinisch erprobt hat. Dieselbe benutzt ein Dampfgemenge, hergestellt durch Verdampfen von 2 Volumen Chloroform und 1 Volumen Äther. Durch einen automatisch wirkenden Apparat wird eine Luft von einem hohen, aber bestimmten Gehalt an Chloroform-Ätherdampf (0,5 ccm flüssiges Chloroform auf 1 Liter Luft verdampft) hergestellt, welche durch einen Schlauch in die Maske geleitet wird. Ein eingeschalteter Hahn erlaubt eine sehr genaue Dosierung des Narkotikums, und für die gute Brauchbarkeit des Apparates spricht der Umstand, daß die klinischen Assistenten denselben durchgängig der Tropfmethode vorziehen. Die Überdosierung, in welcher die Hauptgefahr der Narkose besteht, ist mit dem Apparat sicher zu vermeiden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

6) **Schneiderlin.** Die Skopolamin- (Hyoscin) Morphium-Narkose.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 9.)

Nach S. weiteren Erfahrungen hat die von ihm erfundene Narkose den Nachteil, daß sie erst ausprobiert werden muß, also unter Umständen Zeit verloren geht, und daß nach der Narkose gegebenen Falls die Atmung beobachtet werden muß. Ihre Vorteile sieht S. in ihrer Gefahrlosigkeit bei richtigem Ausprobieren, ferner darin, daß der Narkotiseur überflüssig wird und der psychische Chok auf den Pat. beinahe wegfällt. Daß von manchen Autoren Mißerfolge beobachtet wurden, lag wahrscheinlich darin, daß die Narkose nicht ausprobiert wurde, zu große Dosen gegeben waren, der Eintritt der Narkose nicht abgewartet wurde. S. probiert die Narkose womöglich erst mit $^8/_{10}$ mg bis 1 mg Skopolamin und 2 cg Morphium aus; am Operationstage werden dann, je nach Erfolg und Reaktion beim Ausprobieren, $^8/_{10}$ bis $1^1/_4$ mg Skopolamin und 2 bis 3 cg Morphium $1^1/_2$ Stunden vor der Operation und event. $^1/_4$ Stunde vor letzterer noch 2 bis 4 dmg Skopolamin und $^1/_2$—1cg Morphium dargereicht. Bei dringenden Fällen begann S. sofort mit 1—$^1/_2$ mg Skopolamin und 2 bis $2^1/_2$ cg Morphium, und gab als zweite Dosis unter Umständen wieder 2 bis 4 dmg Skopolamin und $^1/_2$ bis 1 cg Morphium.

Kramer (Glogau).

---

7) **Eden.** Tierversuche über Rückenmarksanästhesie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 37.)

E. hat auf Veranlassung von Bier ausgedehnte Tierversuche über Rückenmarksanästhesie angestellt. Als Versuchstier diente ausschließlich die Katze, bei welcher die Lumbalpunktion ziemlich sicher und leicht ausführbar ist, und bei welcher die Sensibilitätsprüfung mit einer spitzen Nadel oder einem spitzen glühenden Paquelinbrenner, eventuell auch durch Abschneiden eines Beines bezw. des Schwanzes zu unzweideutigen Befunden führt. Es wurden im

ganzen 110 Versuche mit 18 verschiedenen Injektionsmitteln angestellt — natürlich mit sehr verschiedenem Resultate. Über das letztere, sowie bezüglich der Versuchsprotokolle ist auf das Original zu verweisen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

8) **Sicard.** Le liquide céphalo-rachidien. Avec préface du Prof. Brissaud.

Paris, Soc. de l'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire, 1903.

Das von Brissaud mit einer entwicklungsgeschichtlich-histologischen Studie des Subarachnoidealraumes eingeleitete Büchlein von S. stützt sich auf eine große Anzahl von experimentellen Arbeiten des Verf. und auf die in der deutschen und wie es scheint noch reichlicher in der französischen Literatur niedergelegten Ergebnisse der Forschungen von Physiologen und Klinikern. Nach einer kurzen Schilderung der Lumbalpunktion erörtert S. ihre therapeutische Brauchbarkeit, ihren günstigen Einfluß bei Hydrocephalus, Chlorose, Urämie, Hirngeschwülsten und nicht tuberkulöser Meningitis, sowie die subarachnoidealen Injektionen. Die Ergebnisse eigener Erfahrungen kommen aber besonders zur Darstellung in den Kapiteln über die histologische Bedeutung der Cerebrospinalflüssigkeit als Sekretionsprodukt der zarten Hirnrückenmarkshäute, über ihre physikalischen und chemischen Eigenschaften (Dichtigkeit, Gefrierpunkt, Eiweiß, Fibrin, bakterizide Kraft). An einer überraschend großen Zahl der verschiedensten Krankheiten des Zentralnervensystems hat Verf. diese und die cytologischen Verhältnisse des Liquor cerebrospinalis eingehend zu studieren Gelegenheit gehabt. Auf Einzelheiten kann hier um so weniger eingegangen werden, als S. selbst die Lehre über diesen Gewebssaft nicht entfernt für abgeschlossen hält. Wer indes über diesen nach der physiologischen wie nach der praktischen Seite hin noch mit Erfolg zu bearbeitenden Stoff künftighin sich erschöpfend informieren will, der wird das Buch von S. nicht unberücksichtigt lassen dürfen, denn es ist wohl zur Zeit das erste und einzige, das sich speziell und umfassend mit der Semiologie und Pathologie des Liquor cerebrospinalis befaßt. **P. Stolper** (Breslau).

---

9) **Stenger.** Über den Wert der otitischen Symptome zur Diagnose von Kopfverletzungen bezw. Basisfraktur.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

Da bei den schweren Kopfverletzungen das Gehörorgan in den meisten Fällen mitbetroffen wird, so läßt sich aus der Art der Verletzung desselben, aus der Art und Schwere der Symptome ein Schluß auf die Art und Schwere der Verletzung ziehen.

Der Abfluß von Cerebrospinalflüssigkeit kann als ziemlich sicheres Zeichen einer Basisfraktur gelten, während der Austritt von Blut aus dem Gehörgang noch keinen genügenden Anhaltspunkt gibt. Wich-

tiger sind bei auftretender Blutung gleichzeitig beobachtete Fissuren des äußeren Gehörganges. Ohne diese ist die Zerreißung des Trommelfelles für die Beurteilung bedeutungslos. Wirklichen Wert haben nur die funktionellen Symptome: 1) Hirnstörungen und Gehörsempfindungen, 2) Schwindel, 3) Nervenlähmungserscheinungen. — Verletzung der Akustikuskerne hat gleichzeitig Hirnsymptome in Begleitung. Bei Verletzung des Akustikus in seinem Verlauf wird meist eine Beteiligung des Facialis gefunden. Auf eine Erkrankung der Ausbreitungsstelle des Akustikus weisen die gleichseitigen Labyrinthsymptome hin. Der nach Kopfverletzungen auftretende Schwindel weist charaktischerweise auf den nach Verletzung der Bogengänge entstehenden Schwindel hin und führt zu der Annahme, daß er durch Mitbeteiligung dieses Organs veranlaßt ist. — Ebenfalls häufig ist bei Kopfverletzungen das Auftreten von einseitigem Nystagmus beobachtet, der sich im Anschluß an Verletzungen oder Reizung des Bogengangapparates findet, den man aber besser als einseitige Tetanie der Augenmuskeln bezeichnet. Zeigen sich diese Zuckungen erst nach längerer Zeit, so kann man auf eine sekundäre Erkrankung des Bogengangapparates infolge von Knochenwucherungen schließen. Von den bei Kopfverletzungen auftretenden Nervenlähmungserscheinungen treten mit dem Gehörorgan nur Lähmungen des Facialis in Beziehung.

Dieser geschilderte Symptomenkomplex bildet das Charakteristische des nach Kopfverletzungen auftretenden Krankheitsbildes einer Form der traumatischen Neurose. Es treten nur noch die gleichzeitig auftretenden psychischen Störungen hinzu, die auf eine Schädigung der Hirnrinde oder einzelner Zentren zurückzuführen sind.

Die funktionelle Untersuchung des Gehörorgans kann oft die Frage, ob Krankheit oder Simulation vorliegt entscheiden.

Langemak (Rostock).

---

10) **Viedenz.** Über psychische Störungen nach Schädelverletzungen.

(Archiv für Psychiatrie 1903. Bd. XXXVI.)

In der Irrenanstalt Eberswalde wurde bei 1542 geisteskranken Männern (1886—1900) 202mal (13,1%) eine Kopfverletzung als Ursache der Erkrankung angeführt, aber nur in 35 Fällen (2,2%) als einzige; bei den anderen kommen daneben noch erbliche Belastung, Lues, Alkohol, Haft, heftige Gemütserschütterungen in Betracht. Und nur in 1,03% ließ sich die Kopfverletzung mit größter Wahrscheinlichkeit als Ursache der psychischen Erkrankung ansehen. Vier einwandsfreie Krankengeschichten beweisen den Zusammenhang zwischen Psychose und Trauma. Verf. hebt hervor, daß vornehmlich primäre Demenz, halluzinatorische Verwirrtheit und stuporöse Zustände, zum Teil mit katatonischen Symptomen, selten Paranoia sich an Schädelverletzungen anschließen. Es besteht oft große Ähnlichkeit zwischen

den psychischen Störungen nach Schädelverletzungen und den auf alkoholischer Grundlage entstandenen. **P. Stolper** (Breslau).

---

11) **G. Guillain.** La forme spasmodique de la syringomyélie. La névrite ascendante et le traumatisme dans l'étiologie de la syringomyélie.

Thése de Paris, **G. Steinheil,** 1902.

Die mit Abbildungen eines Rückenmarks, mit zahlreichen Photographien und Skizzen ausgestattete umfangreiche Arbeit (183 S.) behandelt in zwei völlig gesonderten Teilen zuerst die spastische Form der Syringomyelie. Fünf sehr gründliche Krankengeschichten mit zwei Obduktionsberichten aus der Abteilung von P. Marie liegen den Erörterungen zugrunde. Als charakteristisch wird für diese spastischen Syringomyeliker die Haltung bezeichnet. Die Arme liegen am Rumpf entlang, die Vorderarme etwas gebeugt, so daß die Hände vor der Schamgegend gehalten werden. Die Schultern sind gehoben, nach vorn gefallen (thorax en bateau), der Kopf steckt zwischendrin, er ist nach vorn geneigt, der Rücken rund. Dabei sind im Anfange Daumen und Zeigefinger frei beweglich gestreckt, die übrigen Finger fest in die Faust eingekrallt, so daß sich die Nägel einbohren. Nicht Muskelatrophie, sondern spastische Kontrakturen bedingen die eigenartige Haltung. Im übrigen ist die Art der Gefühlsstörungen ausschlaggebend für die Diagnose Syringomyelie; differentialdiagnostisch kommt amyotrophische Lateralsklerose, Markläsion bei Wirbelverletzung, Syphilis in Frage.

In den beiden obduzierten Fällen wurde keine Pachymeningitis gefunden.

Im zweiten Teile werden von den für Syringomyelie in Frage kommenden ätiologischen Momenten zwei ausführlich erörtert, die ascendierende Neuritis und das Trauma.

Für die Syringomyelie durch Neuritis ascendens bringt Verf. zwei Beobachtungen von P. Marie bei. Die eine betrifft den bekannten Fall der Mme. Déjérine-Klumpke, der zuerst 1889 von ihr, 1894 von Déjérine noch einmal, und jetzt von P. Marie beobachtet wurde. Es entwickelte sich bei einem ca. 30jährigen Manne nach einem Stich in die Hohlhand eine Phlegmone und weiterhin eine fortschreitende Muskelatrophie. Zur Zeit ist das Symptomenbild der Syringomyelie deutlich ausgeprägt. (In der Anamnese finden sich freilich auch Intermittens, Syphilis! Ref.)

Der zweite Fall betrifft einen Arzt, der sich bei einer Operation eine Fingerinfektion mit Achseldrüsenvereiterung zuzog und danach Gefühlsstörungen vom Typus der syringomyelischen bekam. (Die Diagnose dürfte manchem Zweifel begegnen. Ref.) Unter Heranziehung auch der deutschen Literatur legt G. voll Überzeugung den kausalen Zusammenhang zwischen Syringomyelie und peripherer In-

fektion dar. Die Arbeit von Kienböck (referiert in d. Bl. 1902 Nr. 14) konnte dem Verf. noch nicht bekannt sein.

Dieser Autor sucht in einer kritischen Erörterung aller Publikationen zu zeigen, daß solcher Kausalzusammenhang noch nicht erwiesen sei. Im Widerspruch mit Kienböck mißt G. auch dem direkten Trauma gegen die Wirbelsäule eine größere Bedeutung bei. Darin unterstützen ihn zwei der am Anfange erwähnten fünf Krankengeschichten. Nach der einen entwickelte sich bei einem bis dahin zweifellos kräftigen Turnlehrer drei Jahre nach einem Sturz aus der Höhe, 3—4 m herab auf den Kopf, wonach zunächst nur eine Bewegungsstörung im Nacken zurückblieb, eine Syringomyelie von spastischem Typus. In einem zweiten Falle lag ein Hufschlag gegen die Augenbrauengegend mit kurzer Bewußtlosigkeit und ein Sturz von der Treppe, der Schwächezustände in einem Arme zurückließ, einige Jahre vor der Feststellung der Syringomyelie zugrunde. G. zieht die Literatur, insbesondere die Arbeiten von Minor (Hämatomyelie), von Schultze und Raymond (Dystokien) zur Stützung der traumatischen Syringomyelie heran. Auf die Frage, die Kienböck in seiner Kritik besonders betont, ob die durch direktes Trauma bedingte Höhlenbildung im Rückenmark auch klinisch das Bild einer progredienten Erkrankung hervorruft, geht G. nicht ein. Zum Schluß betont er, daß die Frage der ätiologischen Bedeutung des Traumas für die Syringomyelie nicht nur ein theoretisches, sondern in forensischer Hinsicht auch ein sehr großes praktisches Interesse hat.

P. Stolper (Breslau).

---

12) **H. Herz.** Zur Lehre von den Neurosen des peripheren Kreislaufapparates.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1902.

In der Einleitung erörterrt Verf. den Begriff der »vasomotorischen Neurosen«. Eine Bezeichnung, die von Cahen herrührt, der nebst anderen Autoren aber nur ein unsicheres Krankheitsbild davon gegeben hat. Erst Nothnagel hat genauere und bestimmte Krankheitsbilder und -symptome gebracht. Es folgt eine weitere eingehende Besprechung der Literatur. Besondere Erwähnung finden hier die Versuche von Bier über die Entstehung des Kollateralkreislaufes. Bezüglich der Ätiologie verweise ich aufs Original. Die Symptomatologie bespricht Verf. in verschiedenen Abschnitten: 1) allgemeiner, 2) spezieller Teil, 3) regionäre Cyanose, 4) Austritt von Blut und Lymphe, 5) lokalisiertes und konstantes Auftreten der vasomotorischen Störungen. Bezüglich der näheren Ausführungen muß auf das Original verwiesen werden, da es zu weit führen würde, die Folgen der Hyperämie der einzelnen Organe hier aufzuzählen. Zahlreiche Krankengeschichten im Texte der einzelnen Abschnitte geben Belege für die aufgeführten Erscheinungen. Nach genauer Erörterung der bisher gegebenen Theorien für die regionäre Cyanose

(v. Recklinghausen, Weiß, Sahli) bespricht Verf. noch die Komplikationen, die durch andere Störungen vorkommen (cf. Original). Das Verhalten des Nervensystems und des Stoffwechsels, sowie die Beziehungen der vasomotorischen Ataxie zum Morbus Basedowii finden eingehende Erwähnung. Es gibt Fälle von Neurosen des peripheren Kreislaufapparates, die ausheilen, doch ist die Prognose zweifelhaft, im allgemeinen aber günstig. Die Arteriosklerose als Folgezustand ist selten. Nach der Besprechung der Therapie folgt Verzeichnis des Inhaltes der umfangreichen Arbeit.

Grosse (Kassel).

---

13) **J. B. Deaver** and **G. P. Müller.** Some points in the treatment of postoperative abdominal cases.

(Philadelphia med. journ. 1902. November 15.)

Verff. berichten über die Erfahrungen, die sie an dem reichen Krankenmaterial des German Hospital zu Philadelphia bei der Nachbehandlung von Laparotomierten gemacht haben. Folgende Punkte erscheinen erwähnenswert:

Nach schweren Blutungen machen Verff. eine intravenöse Infusion von 2—2½ Liter Kochsalzlösung. Die subkutane Applikationsform haben sie ganz aufgegeben. Außerdem wird alle 3—6 Stunden ein Klysma von 200 ccm Kochsalzlösung, die auf etwa 43° C. erwärmt worden ist, mit 30—50 ccm Whisky gegeben. Doch reagieren nach der Erfahrung der Verff. Fälle von akuter Perityphlitis mit schweren septischen Allgemeinerscheinungen auch auf diese Behandlung nur wenig.

Um die etwa 10—12 Stunden nach der Laparotomie auftretenden, vom erschwerten Abgang der Winde herrührenden, lästigen Symptome, namentlich den stechenden Schmerz in der Wunde bei Anwendung der Bauchpresse wirksam zu bekämpfen, wird auf eine halbe Stunde ein Darmrohr in den Mastdarm eingeführt. Ist nach 18 Stunden noch kein Erfolg da, so wird ein Einlauf von 60 ccm Milch mit Asa foetida und dem gleichen Teile Wasser verabreicht. Bleibt auch dieses Mittel wirkungslos, so werden Eisbeutel auf den Leib gelegt und ein hoher Einlauf von Terpentin, Glycerin und Magnesiumsulfat im Verhältnis 1 : 2 : 3 gegeben. Bei diesem Einlauf wird das Fußende des Bettes, bei zu erwartender Darmentleerung das Kopfende hochgestellt. Am 3. oder 4. Tage wird ein voller Einlauf gegeben oder durch ein Glas Magnesiumcitrat für Stuhlgang gesorgt.

Besonderen Wert legen Verff. auf Magenspülungen. Die unangenehme Rachenreizung beim Einführen des Magenschlauches soll dadurch wesentlich verringert werden, daß das Schlauchende mit dem Chloräthylspray abgekühlt wird. Tritt am 2. oder 3. Tage nach dem Bauchschnitt Übelkeit und Erbrechen auf, so wird der Magen, wenn nötig, alle 3—6 Stunden ausgespült. Dasselbe Verfahren empfehlen

Verff. nach Gallensteinoperationen, wenn Magenstörungen mit vorhanden waren, beim Erbrechen nach der Gastroenterostomie, endlich bei Pat., die zu wiederholten Malen wegen Verwachsungen zwischen Magen und Leber operiert wurden. In solchen Fällen ist der Magen während der ersten 24 Stunden alle 6 Stunden auszuspülen, da auf diese Weise möglicherweise die Neubildung von Verwachsungen vermieden wird. Dies Verfahren ist ferner bei eintretender Darmparese, wie man sie in leichten Fällen von Peritonitis oder als einfache postoperative Atonie oder endlich nach dem Gebrauch von Morphium beobachtet, zu empfehlen. Verff. haben Fälle von Peritonitis mit ileusartigem Erbrechen gesehen, wo rechtzeitige Magenspülungen mit Einverleibung von Purgantien und hierdurch angeregter Darmperistaltik geradezu das Leben der Pat. gerettet haben. Nach einer reichlichen Magenauswaschung werden durch den Schlauch 30—60 g Glaubersalz oder Magnesiumsulfat mit etwa 30 ccm Whisky oder flüssigen Peptonpräparaten eingeführt.

Opiate, vor allem Morphium müssen nach Bauchoperationen unter allen Umständen vermieden werden. Ihre oft gehandhabte Anwendung hat nach Ansicht der Verff. geradezu die Sterblichkeit der Bauchoperationen erhöht.

Läwen (Leipzig).

---

14) **M. Chaput.** Perforations de l'intestin grêle typhique ou autres simulant ou accompagnant l'appendicite.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 9.)

Bei drei Pat. hat C. statt der diagnostizierten resp. vermuteten Appendicitis bei der Operation Perforationen des Ileum gefunden (davon zwei typhösen Ursprunges). Er leitet daraus u. a. folgende Sätze ab: bei jeder Appendicitisoperation muß nach Perforationen am Darm systematisch gesucht werden; diese Perforationen erklären eine große Zahl von »Todesfällen durch Appendicitis« und geben eine neue Indikation ab für möglichst schnelles Eingreifen.

V. E. Mertens (Breslau).

---

15) **H. Dörfler.** Die Bauchfelltuberkulose und ihre Behandlung.

(Festschrift für Hofrat Goeschel.)
Tübingen, H. Laupp'sche Buchh., 1902.

Verf. stellte unter einem Material von 60 000 Kranken aus seiner und seines Bruders Praxis 32 primäre Bauchfelltuberkulosen fest (1,07% aller Tuberkulosen). »Alle diese Fälle wurden nach ungefähr gleichen Prinzipien je nach Lage der Erkrankung zunächst exspektativ oder konservativ mit Heranziehung aller bekannten wirksamen Heilfaktoren aus allen Gebieten der Therapie behandelt; versagten sie, so wurde der chirurgische Weg in den hierzu geeigneten Fällen eingeschlagen. Hierbei wurden 62,5% dauernde Heilungen erzielt.«

Konservativ verhält sich D., solange das Exsudat nicht durch seine Größe lebensbedrohend wirkt, solange kein oder nur mäßiges

Fieber vorhanden und wenn das Allgemeinbefinden nur wenig gestört ist.

Ist hektisches Fieber vorhanden, so geht D. chirurgisch vor, weil in diesen Fällen »fast sicher Heilung ohne Laparotomie ausgeschlossen« ist.

Weiter greift D. chirurgisch ein, wenn nach dreiwöchentlichem Fieber letzteres anhält, keine Verminderung des Ascites eintritt und der Kranke immer mehr abmagert. Er versucht dann zunächst die Punktion. Kehren danach die alten Erscheinungen wieder, so schreitet er zur Laparotomie.

Sehr frühzeitig sollen »die akut, meist mit andauerndem hohen Fieber ohne besondere morgendliche Remissionen auftretenden, von rascher Prostration des Kranken gefolgten Formen der Peritonitis tuberculosa« operativ behandelt werden. Ähnliches Verhalten gilt für die Tumorenform mit Ascites.

Die ulceröse eitrige Form der Peritonealtuberkulose hält D. »wegen ihrer Aussichtslosigkeit für ungeeignet zur Operation«.

Bei Laparotomien bevorzugt D. das Offenlassen der Bauchwunde, um so jederzeit das neu sich bildende Exsudat abzuleiten.

Neck (Chemnitz).

---

16) **G. Sultan** (Göttingen). Über die Begutachtung der Unterleibsbrüche.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

Wenngleich als feststehend angesehen werden muß, daß ein Bruch in allen seinen Teilen niemals durch eine einzige, wenn auch noch so starke Kraftanstrengung entstehen kann, daß also, wenn der Bruch plötzlich in die Erscheinung tritt, der Bruchsack schon irgendwie vorgebildet sein müsse, so erkennt das Reichsversicherungsamt doch eine Entschädigungspflicht an, sofern nur der Unfall als solcher sichergestellt ist. Hiervon ausgehend, bespricht S. die Diagnose des Unfallbruches und gelangt dabei zu folgenden Schlußsätzen: Ein Unfallbruch darf nur angenommen werden:

1) wenn wirklich ein Unfall oder eine über das übliche Maß der Arbeitsleistung hinausgehende Anstrengung stattgefunden hat, und zwar eine solche, die geeignet war, den intraabdominellen Druck zu erhöhen;

2) wenn aus den Ergebnissen der behördlichen Nachforschungen anzunehmen ist, daß vorher ein Bruch an dieser Stelle nicht bestanden hat;

3) wenn der angebliche Austritt des Bruches mit sehr heftigen Schmerzen verbunden war, die den Betroffenen zwangen, die Arbeit niederzulegen, und wenn der alsbald zu Rate gezogene Arzt auch auf Druck heftige Schmerzempfindungen auslösen kann;

4) wird ein Unfallbruch gewöhnlich klein sein, sehr häufig noch innerhalb des Leistenkanals sich befinden und nur ganz ausnahmsweise die Größe einer Citrone übersteigen.

Die Folgen von Zerreißungen im Bereich des Leistenkanals lassen sich nur sehr selten durch Schwellung oder Bluterguß schon äußerlich erkennen. Nicht verwendbar für die Beurteilung eines Unfallbruches ist das Vorhandensein einer Bruchanlage auch an anderer Stelle und die leichte oder schwere Reponierbarkeit des Bruches.

Kramer (Glogau).

---

17) **Deucher** (Bern). Über Rektalernährung.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1903. Nr. 2.)

Verf. hält die auf dem letzten Kongreß für innere Medizin so wenig empfohlene Ernährung durch Klysma für gewisse Fälle, vor allem für die Behandlung des frischen Magengeschwürs und der Verätzungen, für unerläßlich. Als die besten Nährklystiere empfiehlt er 3 Eier mit 3 g Kochsalz und 200 g Wasser, denen nötigenfalls Opium zugefügt wird, oder aber Zuckerlösungen mit Opium (50 g Rohrzucker auf 500 g Wasser). Milch richtet durch Beförderung der Darmfäulnis mehr Schaden an, als sie bei dem geringeren Nährwert nützt. Dagegen ist Wein als stimulierender Zusatz zweckmäßig.

P. Stolper (Breslau).

---

18) **Brenner.** Über die chirurgische Behandlung des kallösen Magengeschwürs.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Unter penetrierenden kallösen Magengeschwüren hat man jene Magengeschwüre zu verstehen, die auf die Nachbarorgane übergreifen und mit derber kallöser Bindegewebswucherung bis zur Geschwulstbildung einhergehen. Sie verdienen eine gesonderte Stellung und Betrachtung und haben diese auch längst, schon seit Niemeyer, erfahren. Nach den Erfahrungen der letzten 10 Jahre scheinen sie häufiger zu sein, als man früher besonders in der Zeit annahm, in der Magenleiden noch seltener zur Operation kamen. Sie zeichnen sich durch eine oft jahrelange, von Zeiten der Besserung unterbrochene Dauer aus oder entstehen vielleicht auf der Basis eines weichen Geschwürs. Infolge ihrer Größe und Beschaffenheit ist ihre Heilungstendenz eine sehr geringe. Schon bei der anatomischen Betrachtung ist der Unterschied von einem weichen Magengeschwür in die Augen springend. Die entzündliche Wucherung des Bindegewebes beim kallösen Geschwür kann schon eintreten, ohne daß dasselbe die Magenwand durchbrochen hat, ja ohne daß Verlötungen und Verwachsungen vorhanden sind. Befördert wird der Stillstand im Fortschreiten des Geschwürs und die Heilung durch die Gastroenterostomie, welche die Stauung und die übermäßige Salzsäureproduktion behebt, so daß eine Vernarbung eintreten kann. Am segensreichsten wird eine frühzeitig angelegte Magen-Darmfistel wirken, welche vor Eintritt großer Geschwürsflächen und Verwachsungen hergestellt wird. Die intensiven Schmerzen des Leidens sind wohl

nicht auf die Verwachsungen, noch auf das Hineinfressen des Geschwürs in die Nachbarorgane zu beziehen, sondern wahrscheinlich auf die besondere Beschaffenheit des Geschwürsgrundes und seiner Umgebung, die derbe, entzündliche Infiltration, welche chemisch gereizt und durch die peristaltische Bewegung gezerrt wird. Für diese Annahme spricht auch das Aufhören der Beschwerden nach Gastroenterostomie. Die Diagnose des kallösen Magengeschwürs ist nur leicht, wenn es sich um tastbare Verdickungen der Magenwand und der Bauchdecken handelt, also bei Magen-Leber- und Magen-Bauchwandgeschwüren. Im übrigen bleiben auch für diese Form des Magengeschwürs nur die gewöhnlichen Symptome des Magengeschwürs übrig. Schwer zu beantworten ist die Frage, ob man bei der operativen Heilung die Fistelbildung oder die Resektion vornehmen soll. Meist wird wohl die Gastroenterostomie genügen, und Verf. hat in neun Fällen mit ihr befriedigende Dauerresultate erzielt. Die operative Loslösung der Verwachsungen ist nie von größerer Blutung gefolgt gewesen. Fällt man womöglich schon bei der Inzision oder bei der Ablösung des Magens in diesen und in das Geschwür hinein, so wird man eine Resektion vornehmen. Da die meisten Pat. recht herabgekommene Leute sind, ist die lange währende Resektion keine gleichgültige Operation; allein gelegentlich sind doch mit der Gastroenterostomie auch Mißerfolge bewirkt worden, so daß man unter Umständen die größere und eingreifendere Maßnahme, die Resektion, wählen muß. Aber auch diese sichert noch nicht den Erfolg, und v. Mikulicz fordert, daß man in Fällen mit bedeutender Pylorusenge neben der Resektion des Geschwürs auch noch die Gastroenterostomie oder Pyloroplastik machen müsse, weil sonst die Stauung und die Salzsäureüberproduktion nicht aufhört. Manchmal bleibt die Neigung des Magens zu neuer Geschwürsbildung oft auch nach Jahren noch bestehen, so daß eine wiederholte Lebensgefährdung eintritt. Aber solche gelegentlichen traurigen Zufälle können die Freude über die jahrelange Gesundheit und Arbeitsfähigkeit nicht stören, welche durch die Operation ermöglicht wird.

Am Schluß der Arbeit sind die Krankengeschichten der vom Verf. selbst chirurgisch behandelten 31 Fälle genauer mitgeteilt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

19) **M. Guillot.** De la gastrostomie par torsion de la muqueuse.

(Gaz. des hôpitaux 1902. Nr. 143.)

Eine völlig schließende Gastrostomiefistel erzielt G. durch folgendes Verfahren:

Schnitt durch den linken Rektus parallel den Rippen. Der Magen wird an der Bauchwand befestigt durch zwei Reihen von Knopfnähten (Material ? Ref.). In der einen Reihe fassen die Nähte Seromuskularis des Magens und das Peritoneum parietale nebst dem

Rektus, in der zweiten Reihe Seromuskularis des Magens und die oberflächliche Fascie. Nachdem jetzt Serosa und Muskularis inzidiert sind, wird die Schleimhaut mit einer Hakenpinzette gefaßt und möglichst weit vorgezogen, während sie mit der anderen Hand von ihrer Unterlage abgelöst wird, was leicht gelingt, ohne daß ihre Ernährung leidet. Nun wird der Schleimhautzipfel inzidiert, die Ränder werden mit einigen Klemmen gefaßt und das ganze freipräparierte Stück Schleimhaut um 180° gedreht. Zum Schluß fixiert man den Rand der Schleimhautöffnung mit feinen Katgutnähten an den der Hautwunde. **V. E. Mertens** (Breslau).

---

20) **Wilms.** Mechanismus der Knotenbildung des menschlichen Darmes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Die Knotenbildungen des Darmes haben bis auf den heutigen Tag noch nichts von ihrem Rätselhaften verloren. Auch trotz der exakten Untersuchungen von Gruber und Küttner wissen wir über den Vorgang der Entstehung von solchen Knotenbildungen nur wenig. Noch ist kein Mechanismus bekannt, der sie zu erklären vermöchte, und doch ist sie nach des Verf. Ansicht gar nicht so kompliziert und undurchsichtig, wie es im ersten Augenblick bei der Mannigfaltigkeit der Schlingenbildung scheinen muß.

Fast alle wirklichen Knotenbildungen mit Ausnahme weniger Raritäten knüpfen sich zwischen der Flexur und einer Ileumschlinge, die inkarzerierte Dünndarmportion gehörte in allen Fällen dem unteren Teile des Dünndarmes an. Es darf wohl daraus geschlossen werden, daß der untere Dünndarm soweit in die Strangulation und den Knoten hineingeht, bis er durch die Fixation am Blinddarm gehindert wird. Für die Knotenbildung sind einige Voraussetzungen nötig. Erstens ist eine lange Flexur notwendig. Günstig ist für die Knotenbildung, wenn der Scheitel der Flexur durch Gase oder Stuhl aufgetrieben, dagegen die Wurzel enger ist und ein schmales Mesosigmoideum aufweist. Ein zweites, sehr wesentliches Moment ist die Tätigkeit und der Einfluß der Peristaltik, speziell der Dünndarmperistaltik, welche bisher auch bei der einfachen Strangulation und Achsendrehung nicht richtig gewürdigt worden ist. Die gewöhnlichste Form einer Strangulation ist nach W.'s Untersuchungen folgende: Nimmt man an, durch Verwachsungen sei ein Ring in der Bauchhöhle gebildet, so kann ein kleines Stück des Dünndarmes bei irgend einer Veranlassung, bei starker Bauchpresse, bei einem Hustenstoß etc. in das Loch hineingeraten, ähnlich wie in den Bruchring einer Schenkelhernie. Nun kann es sein, daß der Ring so eng ist, daß gleich eine elastische Einklemmung eintritt und die Darmschlinge fixiert wird. Jetzt stellt sich eine peristaltische Welle ein, die den Inhalt der Schlinge austreiben will. Da aber dieser Inhalt nicht in den abführenden Schenkel gelangen kann, schafft er sich in der

Weise Raum, daß vom abführenden Schenkel noch ein Stückchen Darm weiter unter dem Ringe durchgezogen wird. Dieser Mechanismus arbeitet in gleicher Weise weiter und es wird so lange Dünndarm vom abführenden Schenkel hereingeholt, bis der Mesenterialstrang plus Darmrohr die Einklemmung so fest machen, daß kein Darm mehr eindringen kann. Zur Entwicklung dieses Mechanismus genügt schon eine mäßige Schwierigkeit der Passage, welche vielleicht durch Knickung des Darmrohres entsteht. Eine so kräftige Peristaltik ist allerdings bei länger dauernder Strangulation nicht mehr möglich, aber am Anfang kann sie sicher auftreten, wie Verf. an einschlägigen Beobachtungen nachweist; begegnet man doch auch bei Einklemmung größerer Dünndarmpakete nach Durchtrennung des Schnürringes öfters in regelmäßigen Abständen Schnürringen mit stärkerem Blutextravasat, die darauf hinweisen, daß jeder dieser Schnürringe eine Zeitlang in dem engen Ringe gesteckt hat. Man erkennt dabei, daß die Schädigung des Darmes nicht überall gleich stark ist, sondern geringer wird, je näher man zu dem am wenigsten geschädigten Schnürring am abführenden Schenkel gelangt. Da nun die Schädigung des Darms von der Dauer der Einklemmung abhängig ist, so ergibt sich aus diesem Befunde, daß die einzelnen Partien des Darmes verschieden lange eingeklemmt waren, also der Darm etagenweise in die Strangulation eingetreten ist. Das Ende des weiteren Durchtritts von Dünndarmschlingen ist am häufigsten dadurch gegeben, daß die Fixation des Blinddarmes dem untersten Ileumende das Folgen nicht weiter ermöglicht. Falsch ist deshalb der Ausdruck, daß der gefüllte Darm in die Löcher schlüpfe; der abführende Schenkel des Darmes wird vielmehr hineingezogen.

Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse ist W. der Aufgabe näher getreten, das Zustandekommen der Knotenbildung zu studieren, und er findet für all die verschiedenartigen Ereignisse doch ein einheitliches Prinzip und einen stets sich wiederholenden Mechanismus. Er besteht darin, daß sich unter die Flexurwurzel eine der anliegenden Dünndarmschlingen herunterschiebt und dort festgehalten wird. Unter der Wirkung der Peristaltik weitet sich das Darmrohr vor der Stenose und zieht weiter Darmschlingen unter der Flexurwurzel durch, in der Regel den ganzen abführenden Dünndarmschenkel bis fast an den Blinddarm. Die Klassifikation dieser Knotenbildungen ist eine andere als die von Gruber und hängt mit den Lagerungen von Dünndarm und Flexur zusammen, wie das des näheren in der Arbeit ausgeführt ist. Bei der Operation solcher Fälle wird man in erster Linie darauf bedacht sein, das Dünndarmpaket zu entleeren und den Dünndarm herauszuziehen; geht das nicht, so muß auch die Flexur entleert werden. Im übrigen sind die Erfahrungen über die Operation von Knoten des Darmes sehr gering wegen ihres schnellen Verlaufes, der oft schon am ersten Tage den Tod herbeiführt. Die äußerst interessante Arbeit kann nur dringend der genaueren Lektüre empfohlen werden, denn ein Referat kann bei der

Fülle der Einzelheiten und bei der Notwendigkeit, sich der zum Verständnis erforderlichen Zeichnungen zu bedienen, nur annähernd den umfangreichen Inhalt andeuten. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

21) **Anschütz.** Beiträge zur Leberresektion.

Breslau, Habilitationsschrift, 1902.

Einleitend zeigt A., daß es in älterer Zeit die Furcht vor Peritonitis, später die Schwierigkeit der Blutstillung und die Ungewißheit darüber, wieviel man ohne Schaden von dem Organ wegnehmen könne, war, was die Leberchirurgie zu keiner größeren Entwicklung hat kommen lassen. Das letztere Bedenken ist durch Ponfick beseitigt, der bewies, daß man größere Teile der Leber — bis zu drei Vierteln des Volumens — ohne Schaden bei Tieren entfernen kann, und daß die Leber bei Mensch und Tier eine staunenswerte Regenerationsfähigkeit durch Wiederaufbau des Lebergewebes unter Neubildung gleichwertiger Drüsenzellen besitzt.

Da wir die Peritonitis heute nicht mehr zu fürchten haben, so bleibt noch die Frage der Technik, deren Angelpunkt die Blutstillung ist.

Es wird ein Explorationsschnitt in der Linea alba oder am äußeren Rektusrande empfohlen, von dem aus man erst beurteilen kann, ob eine Resektion möglich ist und welche Hilfsschnitte noch anzulegen sind. Hauptsache ist weites Klaffen der Schnitte. Zur Freilegung der Zwerchfelloberfläche der Leber kann man den 8., 9., 10. und 11. Rippenknorpel resezieren, doch ist A. der Meinung, daß man der ungefährlichen Durchtrennung der Leberbänder den Vorzug geben solle. Nach Möglichkeit ist einzeitig zu operieren. Ob man das Lebergewebe stumpf oder scharf durchtrennen will, das hängt von der Wahl der Blutstillungsmethode ab. Es werden besprochen: I. die regressiven Maßnahmen gegen die Blutung: Tamponade, Digitalkompression, permanente Kompression, thermische Methoden, tiefgreifende Nähte, Ligatur und Umstechung. Hervorzuheben ist hier, daß es als das Idealverfahren erscheint, die angenommene Lebergeschwulst zu resezieren, das Lebergewebe durch tiefgreifende Nähte sofort wieder zu vereinigen und so zugleich die Blutung zu stillen. Doch wird dies nur selten möglich sein. Da ist es höchst wichtig, aus den Experimenten von Kusnezoff und Pensky zu wissen, daß die Lebergefäße, entgegen manchen bisherigen Anschauungen, genau dieselbe Widerstandsfähigkeit besitzen, wie die Gefäße anderer Organe, daß sie also genügend Halt bieten, um sie umstechen oder einfach unterbinden zu können. Diese Erkenntnis ist desto wertvoller, weil die übrigen oben erwähnten Methoden unsicher und außerdem, wie besonders die thermischen, mit großen Übelständen verknüpft sind. Das gleiche gilt von der zweiten Reihe: den präventiven Maßnahmen gegen die Blutung, dem Abklemmen durch federnde Klemmen, der temporären Kompression der Vena

portae und Arteria meseraica, der elastischen Ligatur. Daß alle diese temporären Blutstillungsmethoden hier und da einmal versagt und zu großen Schwierigkeiten geführt haben, beweist A. durch eine interessante Zusammenstellung eigener und aus der Literatur gesammelter Erfahrungen. Um so erfreulieher ist es, daß man nunmehr in dem Verfahren von Kusnezoff und Pensky in der Breslauer Klinik einen Modus gefunden zu haben scheint, der allen Anforderungen gerecht wird.

Dieses sogenannte intrahepatische Unterbindungsverfahren fußt auf der Elastizität und Haltbarkeit der Gefäße des Lebergewebes. Der zur Resektion bestimmte Leberteil wird vor der Resektion durch eine Reihe von Massenligaturen von dem Organ abgegrenzt. Hauptsache ist dabei, daß man das Lebergewebe rücksichtslos, unbekümmert um das Einschneiden der Fäden, zusammenschnürt. Das Leberparenchym wird durch die Fäden zerdrückt, die in ihm enthaltenen Gefäße werden wie Garben in einem Generalbündel znsammengerafft und alle auf einmal umschnürt.

Die nähere Schilderung der Anlegung der Ligaturen muß im Original nachgelesen werden. An einer Reihe von Fällen aus der Mikulicz'schen Klinik wird die Zuverlässigkeit der Methode erwiesen. **Bertelsmann** (Hamburg).

---

22) **Hirschberg.** Die Behandlung schwerer Lebererkrankungen durch Anlegung einer Leber-Gallengangsfistel.

(Berliner Klinik Hft. 172.)

Verf. hat die Anlegung einer derartigen Fistel auf dem 19. Kongreß für innere Medizin empfohlen, nachdem ihm dieselbe bei chronischer Gallenstauung gute Dienste geleistet hatte in einem Falle, wo er damals hypertrophische Lebercirrhose diagnostiziert hatte. Wie H. jetzt mitteilt, fand sich als Todesursache »Leberkrebs«.

Aus dem mitgeteilten Sektionsprotokoll ergibt sich, daß ein Mastdarmkarzinom mit metastatischen Knoten in der Leber vorlag. Außerdem fand sich im Ductus choledochus ein 3 cm langer und 1 cm breiter, ziemlich glatter, nicht verwachsener Stein. Die Operation hat dem Pat. aber wesentliche Erleichterung verschafft und ist auch später von Rotter in einem Falle von Cholangitis mit gutem Erfolge angewendet worden.

Außer bei infektiöser Cholangitis, wo die Operation in Konkurrenz mit der Hepaticusdrainage tritt, ist sie indiziert »bei allen Fällen von Gallenstauung, die Platz greift im Verzweigungsgebiete des Ductus hepaticus, also leberwärts von dessen Stamm. Im einzelnen käme in Betracht: Hepaticusverstopfungen durch Karzinom oder Sarkom, Kompressionen des Hepaticus durch nicht operierbare Tumoren, Obliterationen derselben durch bindegewebige Wandverdickungen, Verstopfungen durch Askariden, sowie kongenitale Obliterationen«.

H. legte die Leber-Gallengangsfistel an in der Absicht, einen Gallenabszeß zu operieren, indem er mit einem dicken Trokar 6 bis 7 cm tief in den linken Leberlappen nach Freilegung desselben hineinstieß, den Punktionskanal mit einer Kornzange auf Fingerumfang erweiterte, nachdem die Bauchhöhle durch Tamponade geschützt war. Der so gebildete Kanal wurde mit mehreren Gazestreifen austamponiert, welche zur Bauchwunde hinausgeleitet wurden und am 5. Tage p. o. entfernt werden konnten.

Bertelsmann (Hamburg).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus der Breslauer chirurgischen Klinik.)

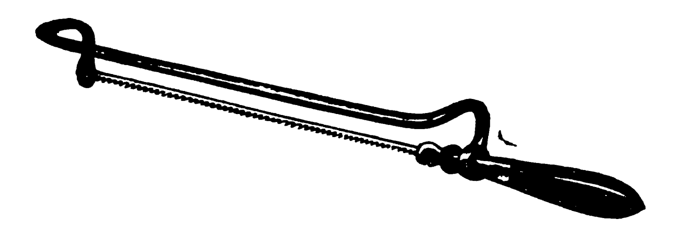
Eine neue Säge.

Von

Dr. **Victor E. Mertens**, Volontärassistenten.

Das Instrument, auf das ich hier in Kürze aufmerksam machen möchte, ist schon 4 Jahre alt. Ich konstruierte es, um bei der Bier'schen Unterschenkelamputation das Absägen des Knochendeckels in einem Zuge zu ermöglichen[1]. Obgleich es seinen Zweck in vollkommener Weise erfüllte, wurde von einer Publikation abgesehen 1) weil ich nachher erfuhr, daß Stille-Stockholm eine Säge nach ähnlichem Prinzip gebaut habe, 2) weil die von Bier (Sammlung klin. Vorträge Nr. 264) empfohlene modifizierte Helferich'sche Bogensäge nicht nur zum Absägen des Deckels, sondern auch zur Vollendung der Amputation benutzbar ist. Letzteres aber ist mit meiner Säge — es sei denn, daß sie in anderen Dimensionen ausgeführt wird — nur in Ausnahmefällen möglich, wenn nämlich die Knochen an der Amputationsstelle besonders dünn sind.

Vor einem Jahre wurde ich veranlaßt, das Instrument Herrn Geh.-Rat v. Mikulicz zu zeigen, der es seitdem mehrfach benutzt hat: bei der Bier'schen Amputation (am Lebenden und an der Leiche im Operationskurs), bei der Kniegelenksresektion etc. Seitdem ist es an eine Reihe von Fachgenossen in Deutschland, Rußland und in Belgien geliefert worden.



Die Säge ist im Prinzip eine Laubsäge mit rechtwinklig zur Sägefläche abgeknicktem Bogen. Sie ist relativ sehr leicht und liegt mit einem schwereren Griff fest in der Hand. Das 23 cm lange Sägeblatt (wovon 18—19 cm mit Zähnen) wird mit einem Schraubengange, der in dem Griffe liegt, gespannt. (In der Abbildung ist das Blatt nicht gespannt.) Ursprünglich verwendete ich die gewöhnlichen, fabrikmäßig hergestellten Laubsägen. Da diese aber sehr langsam arbeiten, werden die Blätter jetzt mit der Hand angefertigt, und zwar mit geschränkten

---

[1] Das erste Modell wurde von dem verstorbenen Instrumentenmacher Simsky in Königsberg i/Pr. angefertigt.

Zähnen, wodurch ein viel schnelleres Sägen möglich wird. Die Breite des Sägeblattes entspricht mit ihren 2—3 mm vollkommen den von Bier (l. c.) gestellten Forderungen. Die von den Laubsägen übernommenen Schraubenkloben zum Einspannen der Blätter sind beseitigt. Die Endlappen werden jetzt mit kleinen Querzapfen in den Bügel eingehängt.

Das Instrument wird für die rechte Hand hergestellt, kann aber natürlich jederzeit für die linke gearbeitet werden.

Die Handhabung bei der Bier'schen Amputation ergibt sich von selbst; sie entspricht der einer Laubsäge. Mit senkrecht zum Knochen gerichteter Sägeblattfläche wird so tief eingesägt, als die Dicke des Deckels betragen soll. Dann wird die Sägeblattfläche unter kurzen, schnellen Zügen um 90° gedreht, so daß sie in der Ebene der Längsachse des Knochens liegt. Nun wird so weit gesägt als die Länge des Deckels betragen soll. Ist letzterer nicht zu dick geworden, so kann er durch weitere Drehung des Instrumentes auch noch von unten eingesägt werden.

Die Verwendbarkeit der Säge ist eine sehr mannigfaltige. Besonders möchte ich darauf hinweisen, daß glatte Bajonettschnitte an den Röhrenknochen leicht und schnell mit ihr auszuführen sind.

Geliefert wird das Instrument von Georg Haertel, Breslau I, Albrechtstr. 42.

---

23) **M. Patel.** Rhumatisme tuberculeux chronique.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 1.)

Ein neuer Beitrag zu dem schon öfter von Poncet und seinen Schülern (Maillard, siehe Zentralblatt für Chirurgie 1901 Nr. 22) behandelten Kapitel des polyartikulären Rheumatismus auf tuberkulöser Basis. Es handelt sich um eine 44jährige Frau, in deren Familie Lungentuberkulose (Mutter (?), Bruder) vorkam. Sie selbst hatte vor 9 Jahren im Anschluß an eine Influenza Bluthusten und einen Pleuraerguß. Gleichzeitig traten Schmerzen im rechten Knie und an den Fingergelenken der linken Hand auf, stellenweise mit Rötung der Haut; ferner Schmerzen bei Bewegungen in der linken Schulter. Das alles verschwand trotz des Zurückgehens der Lungenerscheinungen nicht mehr vollständig. Vor einigen Monaten wurde Pat. an einer Reiskörpercyste des rechten Handrückens operiert. Gegenwärtig sucht sie die Klinik wegen unerträglicher Schmerzen in den Fingergelenken auf. An diesen konstatiert man eine Ankylose in leichter Beugestellung; an einigen Gelenken Schwellungen, welche das Gefühl von Fluktuation vortäuschen. Rings um die Phalangealgelenke, ferner im Verlauf der Beuge- und Strecksehnen sind Verdickungen im Gewebe zu fühlen. Die Daumengelenke zeigen die Schwellung der Synovialis in geringerem Grade. An den übrigen Gelenken nichts. Das skiaskopische Ergebnis an den Händen negativ.

P. bezeichnet den beschriebenen Zustand mit Poncet als den ersten Grad der Manifestation einer tuberkulösen Infektion im Bereich der Gelenke (Hydarthrose polyarticulaire). Es wäre interessant, über den weiteren Verlauf der Affektion resp. über den pathologisch-anatomischen Befund näheres zu erfahren.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

24) **M. Patel.** Le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux ou pseudorhumatisme infectieux à marche aiguë, d'origine bacillaire.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 10.)

P. faßt in einer kleinen klinischen Studie die Erscheinungsweisen des akuten tuberkulösen Gelenkrheumatismus zusammen und stellt einige Typen auf:

1) Die Gelenkerscheinungen gehen anderen tuberkulösen Manifestationen voraus; sie treten meist bei hereditär belasteten Individuen auf und werden bis zum Ausbruch einer ausgesprochenen lokalen tuberkulösen Affektion für rein rheumatisch gehalten.



2) Im Verlaufe einer zweifellosen tuberkulösen Erkrankung (interner oder chirurgischer Natur) treten polyarthritische Erkrankungen auf.

3) Gleichzeitige Entwicklung der artikulären Erscheinungen mit anderen als tuberkulös sicher erkannten Affektionen.

Als Beispiel für die letztere Gattung führt P. folgenden Fall an: Ein 20jähriges Mädchen von sehr elendem, anämischen Habitus, bei dem sich über der linken Lungenspitze einige Rasselgeräusche nachweisen lassen, erkrankt plötzlich unter Fieber (40°) mit Anschwellungen und Schmerzen in beiden Fußgelenken und den Peroneusscheiden; 3 Tage später wird das rechte Handgelenk ergriffen; nach 7 Tagen Hämoptoe, Lungenerscheinungen, enorme Tachykardie; im Sputum Tuberkelbazillen. Die im Beginn der Erkrankung vorgenommene antirheumatische Therapie (Salicyl) war erfolglos. Dagegen trat nach drei Kreosotklystieren erhebliche Besserung ein. Die Gelenkaffektion hält P. für eine akute tuberkulöse Affektion von rheumatischem Charakter. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

25) C. Mastri. Le zona comme complication du tétanos traumatique.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 2.)

Bei einem 18jährigen Mädchen trat 8 Tage nach einer Verletzung der Fersenhaut Starrkrampf auf, welcher am 28. Tage tödlich endete. Gleich im Beginn der Erkrankung klagt das Mädchen über heftige Schmerzen im Verlauf des 7. linken Interkostalnerven, welche als Neuralgie gedeutet wurden. 2 Wochen später deutlicher Herpes zoster mit Rötung, Ödem und schmerzhafter Schwellung der gleichseitigen Axillardrüsen. M. hebt hervor, daß mit dem Auftreten der Zona eine Verschlimmerung der Symptome auftrat, und faßt dieselbe als prognostisch ungünstig auf. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

26) P. Gatzky. Ein Fall von Tetanie gastrischen Ursprunges im Anschluß an Trauma.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 330.)

34jähriger Schreiner, bisher — abgesehen von zeitweisem leichtem Magendruck — nie ernstlich krank, geht dem evangelischen Krankenhause zu Düsseldorf (Dr. Schultze) zu wegen starker Kontusion des Unterleibes durch einen von der Drehbank abspringenden Meißel. Starke spontane Schmerzen, diffuse Druckempfindlichkeit der Magengegend bei brettharter Leibesspannung, mehrmals Brechen. Ord.: Opium und Morphium, leichte Kost, worauf Besserung und Abgang des mit der Diät unzufriedenen Pat. nach 9 Tagen. Wiedereintritt nach 2 Tagen wegen neuerlicher starker Leibschmerzen und starken Erbrechens. Bei Ruhe und ganz leichter Kost abermals in jeder Beziehung Besserung, so daß Pat. nach 10 Tagen das Bett verläßt. 3 Tage später Rezidiv des Brechens und der Magenschmerzen, wonach rascher Verfall. Nach wieder 2 Tagen setzt eine akute Tetanie mit typischem Symptomenensemble ein und führt in 2 Tagen zum Tode. Der Leib war zuletzt aufgetrieben, und waren aus dem plätschernden Magen mit dem Schlundrohre reichliche Mengen übelriechenden flüssigen Mageninhaltes entfernbar gewesen. Sektion: Magen kolossal aufgebläht, bis unter die Mitte zwischen Nabel und Symphyse reichend. Zwischen rechter Niere und dem vertikalen Duodenum eine retroperitoneale, $1/2$ Liter zerfallenen Blutes enthaltende, kindskopfgroße Geschwulst, welche das Duodenum völlig komprimiert. Normale geschwürsfreie Schleimhaut im Magen und Duodenum, keine Pylorusstenose.

Zur Erklärung des Krankheitsbildes der Tetanie ist in diesem Falle an eine Autointoxikation zu denken das nächstliegende, da die Krämpfe erst dann begannen, als der Mageninhalt unter Aufhören von Erbrechen stagnierte. Zur Erklärung der akuten Magendilatation gibt der das Duodenum komprimierende Bluterguß genügenden Aufschluß. Die einschlägige Literatur, zum Schluß in einem Verzeichnis von 18 Nummern zusammengestellt, ist bei Besprechung der Beobachtung herangezogen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

27) **Schüssler.** Leichte und schwerere Neurosen.

(Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. LXVII. p. 524. — Festschrift für Esmarch.)

Die Arbeit bringt sieben flott erzählte, interessant und nett zu lesende Krankengeschichten ohne jede Begleitbetrachtungen. Fall I—IV betreffen typische Gelenkneurosen verschiedener Gelenke, zum Teil lange Zeit von anderer Seite verschiedentlich erfolglos vorbehandelt, von S. nach Esmarch'schem Prinzip in antihysterischer Weise mit rücksichtsloser Bewegung und Gymnastik, kalter Dusche etc. in kurzer, teilweise kürzester Zeit beseitigt. Der Inhalt der übrigen Mitteilungen sei durch Reproduktion der Krankengeschichtsüberschriften angedeutet: »V. Hysteroepilepsie. Kastration. Heilung. VI. Epilepsie nach Trauma. Operation. Heilung. (Narbenexzision am Kopfe.) VII. Traumatische Porencephalie. Osteoplastische Schädelresektion. Heilung. Besserung der Epilepsie«.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **L. Kredel und R. Beneke.** Über Ganglioneurome und andere Geschwülste des peripheren Nervensystems.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 239.)

Die Arbeit enthält eine Sammlung folgender Abhandlungen:

I. Multiple Ganglioneurome des Sympathicus. Es handelt sich um ein gut entwickeltes 5jähriges Mädchen, das seit dem ersten Lebensquartal zahlreiche Geschwülste unter der Haut am ganzen Körper bekommen hatte, zur Zeit etwa 160. Zwei besonders entstellende Geschwülste im Nacken und an der rechten Schläfe wurden auf Wunsch der Eltern von K. exstirpiert. Genaue histologische Beschreibung derselben von B., durch zahlreiche mikroskopische Figuren erläutert. Vergleich des Falles mit den spärlichen ähnlichen Beobachtungen.

II. Bericht über die weiteren Schicksale des von Kredel operierten, von Busse untersuchten und veröffentlichten Falles von Ganglioneurom. Der Bericht betrifft den in unserem Blatte 1898 p. 1302 referierten Fall. Der Knabe, dem seinerzeit eine sehr große Geschwulst aus dem Leibe exstirpiert worden, befindet sich überraschend gut. Die vor der Operation bestehende Sphinkterenlähmung ist geschwunden, desgleichen die Lähmungen am rechten Beine, es ist Gehfähigkeit vorhanden.

III. Neurofibrom des Fußrückens; 5 Jahre nach Exstirpation großer Tumor am Ischiadicus. Exstirpation mit Erhaltung der Kontinuität des Nerven etwa in seinem halben Durchmesser. Nach 13 Jahren kein Rezidiv und normale Funktion (Dr. Kredel).

IV. Angeborener Tumor am Oberarm eines 2monatlichen Kindes, die Nn. medianus und ulnaris, sowie die großen Gefäße umfassend. Resektion beider Nerven auf mehrere Centimeter. Nervenplastik nach 4 Monaten; fast völlige Wiederherstellung der Funktion. Kontrolle nach 9 Jahren (Dr. Kredel). Die Geschwulst war ein Spindelzellensarkom (Beneke). Bei der Revision nach 9 Jahren bestand im Ulnarisgebiet vollständige und im Medianusgebiet unvollständige Funktion.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

29) **C. Achard et C. Laubry.** Méningites à pneumocoque. Résultats de la ponction lombaire.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 27.)

Aus den drei Fällen, über welche die Verff. berichten, ist folgendes bemerkenswert:

Fall I: Erste Punktion ergibt 96% polynucleäre Zellen, 3 bis 4% Lymphocyten; $\Delta = -0{,}54°$; nach Gram färbbare Diplokokkenketten. Zweite Punktion ergibt fast 100% polynucleäre Zellen, beinahe Reinkultur des erwähnten Diplokokkus, $\Delta = -0{,}63$.

Fall II: 70% polynucleäre Zellen, 28—29% Lymphocyten; Diplokokkus, nach Gram färbbar; $\Delta = -0{,}55°$.

Fall III: Keine zellulären Elemente; keine Mikroben; $\Delta = -0{,}64°$.

Die Arbeit enthält interessante Einzelheiten in den drei Krankengeschichten und Epikrisen. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

30) P. L. Friedrich. Mitteilungen zur Hirnpathologie, insbesondere zur Pathologie des Stirnhirns, zugleich ein Beitrag zur Frage nach der Bedeutung des örtlichen Hirndruckes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 656.)

Die Abhandlung stellt sich als ausführlichere Bearbeitung eines von F. auf der vorjährigen Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrages dar, bezüglich dessen wir auf den betreffenden Selbstbericht in diesem Blatte 1902, p. 1197, verweisen. Dem dort berichteten besonders interessanten Falle von mit psychischen Störungen verbundener, mit Erfolg operierter Geschwulst des Stirnhirns werden noch drei weitere Fälle von Stirnhirnerkrankung angefügt. Fall 2 betrifft eine ausgedehnte traumatische Zertrümmerung des rechten Stirnhirns, gut geheilt mit entsprechendem Defekt von Hirn und Schädelkapsel. Niemals bestanden Anzeichen psychischer Alteration. In Fall 3 handelt es sich um einen jungen Mann, welcher nach mehrfachen Operationen wegen einer retrobulbären Geschwulst ein Rezidiv zeigte, welches das knöcherne Dach der Orbita vollständig, das linke Stirnhirn in weitem Umfange zerstört hatte, ohne daß psychische Störungen auch nur angedeutet in die Erscheinung traten; es wurde eine weitgreifende Abtragung des linken Stirnhirns vorgenommen, danach die Hirnwunde nach außen offen gehalten: auch hiernach wurden irgendwelche psychische Alterationen nicht nachweisbar. Der Kranke genas von der Operation (die freiliegende granulierende Hirnwunde in der Gegend der entfernten Orbita wurde mit Thiersch'schen Hauttransplantationen gedeckt — s. Abbildung) und war eine Zeitlang arbeitsfähig, starb aber 9 Monate p. op. ganz plötzlich. Von Interesse ist hier, daß sich die Geschwulst von Anfang an ohne Druck bei vorhandener Schädellücke unter freier Kommunikation mit der Außenwelt entwickelte. Nach eingetretener Heilung der Operation hatte ein gelegentlich mit der Hand auf die große freiliegende Hirnfläche ausgeübter Druck auch keine Beeinflussung der Psyche zur Folge. Hingegen scheinen in Fall 4, wo sich bei einer 75jährigen Pat. eine auf der Innenseite des Stirnbeines 3 cm sich vorwölbende Geschwulst bei der Sektion fand (Operation war abgelehnt), die im Leben vorhandenen psychischen Lähmungserscheinungen durch umschriebenen örtlichen Druck auf den vorderen Pol des linken Stirnhirns bei lückenloser Erhaltung des Schädeldaches zustande gekommen zu sein. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

31) F. Franke. Über einen Echinokokkus des Stirnhirns von außergewöhnlicher Größe, nebst Bemerkungen über die Operation des Echinokokkus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 271.)

F.'s Fall betrifft einen 11jährigen Knaben, bei dem die Diagnose des Leidens aufs beste gestellt war, die Operation aber nach 6 Stunden zum Tode führte. Das Symptomenbild war im wesentlichen folgendes: auffallende Vergrößerung des Kopfes mit Bevorzugung der rechten Stirn- und Scheitelbeingegend, eigentümlicher »scheppernder« Perkussionston daselbst mit Gefühl von praller Undulation, Charakterveränderung unter Annahme eines burschikos-schnoddrigen Gebahrens. Parese der ganzen linken Körperhälfte, leichte Pupillenerweiterung links, bisweilen choreatische Bewegung der linken Hand. Dagegen fehlten schwere Hirndruckzeichen, als Kopfweh, Brechen, Schwindel, Sehstörung und Stauungspapille. Der Verdacht auf Echinokokkus war durch das anamnestisch festgestellte häufige Spielen mit Hunden gegeben. Bei der Operation war der Verdünnung des Schä-

dels wegen ein osteoplastischer Lappen leicht zu machen. Ein leichter Probeschnitt in die prall elastisch sich vorwölbende, nicht pulsierende Dura ließ das Messer sofort in eine große, reichlich Wasser im Schusse entleerende Höhle versinken. Die abgelöste Blasenwand eines mächtigen Echinokokkus wird extrahiert. die Höhle locker mit Jodoformgaze gefüllt, der Schädel wieder geschlossen. Der Tod erfolgte unter epileptischen Krämpfen. Bei der Sektion zeigte sich die Hirnhöhle 14 cm lang und noch 650 ccm Wasser fassend. Nähere Untersuchung wurde durch Verlorengehen des Präparates verhindert.

F. bespricht nach Mitteilung seines Falles denselben nach allen Richtungen unter Vergleich der einschlägigen Literatur gründlich, worüber auf das Original zu verweisen ist. Erwähnt sei nur, daß er jetzt therapeutisch eine vorsichtige Punktion bei geöffnetem Schädel, event. auch eine Formalin-Glycerininjektion empfiehlt. Nur bei kompakt-breiigem Inhalt der Echinokokkusblase möge inzidiert und der Inhalt ausgeräumt werden.

Im Eingang der Arbeit werden noch zwei andere chirurgische Operationen des Verf. kurz berichtet. Der Erfolg war beide Mal kein guter.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

32) Schäffer. Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Trigeminusneuralgie.

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

Verf. berichtet über die in den letzten 10 Jahren in der chirurgischen Klinik zu Breslau operierten Fälle.

Bei acht Kranken wurden periphere Resektionen ausgeführt. Von diesen blieb nur ein Fall völlig residivfrei. Viermal wurde die Extraktion des zweiten Astes an der Schädelbasis vorgenommen. Bei sämtlichen Operierten waren nach kürzerer oder längerer Zeit Residive zu verzeichnen.

In drei weiteren Fällen wurde der dritte Ast an der Schädelbasis entfernt. Einer von diesen Kranken befand sich nach $4^3/_4$ Jahren noch völlig wohl; bei einem zweiten Kranken traten 11 Monate nach der Operation im zweiten Aste Schmerzen auf, und der dritte Kranke hatte einige Wochen nach dem Eingriffe bereits wieder Schmerzen.

Fünfmal wurde intrakraniell operiert und hierbei wurde zweimal nur ein Teil des Ganglion Gasseri entfernt. In dem einen dieser Fälle war 4 Jahre nach der Operation eine »leichte Schmerzhaftigkeit« aufgetreten, im zweiten Falle bestand 6 Jahre später völliges Wohlbefinden.

Von den Pat., bei welchen das Ganglion völlig entfernt wurde, war in einem Falle 6 Jahre nach der Operation noch kein Residiv aufgetreten.

Ein Operierter starb an Sepsis im Anschlusse an die Operation, ein zweiter nach $5^1/_2$ Monaten im Anschlusse an einen anderen Eingriff. Verf. glaubt jedoch (bezüglich des zweiten Verstorbenen), daß »durch die während der Operation (Entfernung des Ganglion; Ref.) stattgehabte überaus heftige Blutung, verbunden mit den zu ihrer Bekämpfung notwendigen Maßnahmen, so schwere Veränderungen im Gehirn gesetzt worden sind, daß der Tod des Pat. in mittelbaren Zusammenhang mit der operativen Entfernung des Ganglion Gasseri gebracht werden müsse.

Neck (Chemnitz).

33) Hamm. Ein seltener Tumor der Nasenschleimhaut.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 8.)

Die derbe, gelappte, kirschgroße Geschwulst, welche an dem vorderen Ende der unteren Muschel saß und starke Blutungen veranlaßte, war ein kavernöses Lymphangiom, welches bisher in der Nase noch nicht beobachtet worden ist. Nach der ersten Abtragung trat rasch ein Rezidiv ein, nach dessen Beseitigung mit nachfolgender (50%iger) Chlorzinkätzung der 17jährige Pat. jetzt bereits über 3 Jahre gesund geblieben ist.

Kramer (Glogau).



34) **E. Fischer.** Sur un cas de kyste lacrymal bilatéral guéri par la résection du cornet inférieur.

(Revue hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. 1902. Nr. 51.)

Im Laufe von 7 Jahren hatten sich zu beiden Seiten der Nasenwurzel zwei eigroße, fluktuierende Geschwülste entwickelt; dabei bestand ein beträchtliches Ektropium und Diplopie. Pat. war bisher von Augen- und Nasenspezialisten ohne Erfolg behandelt worden, obwohl man mit der Sonde tief fast bis in die Nähe des nasalen Endes des Ductus lacrymalis kam. Verf. konstatierte beiderseits eine Hypertrophie der vorderen Hälften der unteren Muschel; um von der Nase aus die Sondierung vornehmen zu können, resezierte er die hypertrophischen Partien, und sofort fielen die geschilderten Geschwülste zusammen; anfangs blähte sich die Haut beim Schneuzen der Nase noch auf, bald aber war der Erfolg ein dauernder, abgesehen von einem unbeträchtlichen Ektropium.

F. Alexander (Frankfurt a/M.).

35) **O. Kappeler.** Über die operativen und funktionellen Erfolge der Operation der angeborenen Gaumenspalte.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 92.)

K. berichtet über 82 Fälle von ihm operierter Gaumenspalten und die dabei erzielten sehr guten Resultate. Zunächst werden die Pat. nach ihrem Lebensalter in vier Gruppen geteilt und die Einzelnheiten von jeder derselben mitgeteilt, dann folgt das Gesamtresumé. Der größte Teil der Kranken konnte noch Jahr und Tag nach der Operation weiter beobachtet werden, sehr viele erhielten von sachverständigen Lehrern methodischen Sprachunterricht, so daß die Endresultate auch hinsichts des Sprachvermögens meist klargestellt sind. Von sämtlichen Operierten sind 51,2% durch eine, 35,3% durch wiederholte Operationen geheilt, unvollständig gelangen 8,5% und gänzlich mißlangen 4,8%. An den unmittelbaren Operationsfolgen starb kein Pat. Von den 71 glücklich Operierten sind bis jetzt 4 gestorben, bei 3 ist das funktionelle Resultat unbekannt, bleiben 64 verwertbare Fälle. Von diesen bekamen 38 (59,3%) teils ohne weitere Behandlung, teils mit Sprachunterricht allein, teils mit Sprachunterricht plus Obturator eine normale Sprache, 10 = 17,1% eine wesentliche Besserung der Sprache, 5 Kranke harren noch des Sprachunterrichts, 11, die niemals Sprachunterricht nahmen, verbesserten durch die Operation ihre Sprache nicht wesentlich.

Was die Auswahl der Zeit für die Operation betrifft, so fand K. im Widerspruch mit Julius Wolff, daß durch eine sehr frühzeitige Operation ein Schutz gegen schädliche Einflüsse (Infektionskrankheiten, Lungenaffektionen) nicht sicher zu erreichen ist, daß aber zweckmäßigerweise die Operation noch vor Beginn der Schulpflicht, um den Kindern die in der Schule kommenden Anfechtungen und Neckereien zu ersparen, erledigt werden sollte, so daß also das 2.—6. Lebensjahr dazu zu wählen sein würde. Sehr eingehend erörtert K. die von ihm geübte und bewährt befundene Operationstechnik, woran sich ein eingehender interessanter Bericht der Sprachlehrer, welche K.'s Pat. den einschlägigen Unterricht gaben, über die hier von ihnen benutzte Methode anschließt. Nachdem dann auch über die Obturatoren (von Brugger und Schiltsky) einiges bemerkt, folgen schließlich die Krankengeschichten der bearbeiteten Fälle.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

36) **v. Bruns.** Zentrale Aktinomykose des Unterkiefers. (Aus der chirurgischen Klinik in Tübingen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 6.)

Während beim Rinde die zentrale Aktinomykose des Kiefers ein häufiges Vorkommnis ist, ist dieselbe beim Menschen, bei welchem überhaupt der Kieferknochen nur sehr selten beteiligt und gewöhnlich nur die Weichteile der Unterkiefergegend ergriffen sind, bisher nur in sehr wenigen Fällen beobachtet worden. v. B.

selbst fand unter 42 Fällen von Aktinomykose des Kopfes und Halses aus seiner Klinik fünfmal den Unterkiefer ergriffen; in zwei Fällen bestand nur oberflächliche Karies, in zwei anderen waren kleine Hohlräume im Knochen mit minimalen Sequestern und im fünften eine zentrale Neubildung (zentrales Aktinomykom) vorhanden. Ein Fall dieser letzteren Art ist bisher nur einmal — von Ducor-Poncet — beschrieben worden, so daß der v. B.'sche besonderes Interesse erregen dürfte. Bei dem betreffenden Pat., einem 30jährigen Manne, hatte sich innerhalb eines halben Jahres eine von gesunden Weichteilen bedeckte knochenharte Geschwulst des Kieferwinkels, aufsteigenden und horizontalen Astes in seiner an ersteren sich anschließenden Hälfte entwickelt; nirgends bestanden Erweichungsherde. Da die Geschwulst beständig wuchs und Schmerzen verursachte, wurde die Operation in der Annahme, daß ein Sarkom vorliege, beschlossen. Bei der Resektion des Kieferwinkels wurde eine ausgedehnte Höhle innerhalb des Knochens eröffnet, welche von sarkomähnlichen Gewebsmassen ausgefüllt und von weicher, rauher Knochensubstanz begrenzt war. Die sofort ausgeführte Untersuchung ergab wohlentwickelte Aktinomycesdrusen, so daß sich v. B. mit der Ausschabung der Höhle begnügen konnte. Pat. ist seitdem — seit 10 Jahren — geheilt. (Ref. hat vor $^1/_2$ Jahre einen analogen Fall von zentralem Aktinomykom der Kinnpartie des Unterkieferknochens bei einem 40jährigen Landwirt beobachtet und durch Ausschabung der aktinomykotischen Geschwulstmassen und Resektion der vorderen Wand der großen Knochenhöhle zur Heilung gebracht.) **Kramer** (Glogau).

37) v. Brunn. Die Lymphknoten der Unterkieferspeicheldrüse.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Es besteht bisher noch keine rechte Gewißheit, ob innerhalb der Glandula submaxillaris Lymphknoten vorkommen oder nicht. Merkel und Küttner haben keine gefunden, dagegen betonen Hildebrand und Stieda das Vorkommen von solchen innerhalb jeder Speicheldrüse. Deshalb versuchte Verf. diese Frage besser zu klären. Die erste Serie der untersuchten Glandulae submaxillares stammt von 7 Pat., die wegen Unterlippenkarzinom operiert worden waren. Hier wurde in jedem Falle der Nachweis karzinomatös erkrankter Lymphknoten erbracht. Ihre Zahl war stets vermehrt und betrug 4—11. Dagegen waren Lymphknoten innerhalb der Speicheldrüse nicht zu finden, während bei zwei Pat. doch wenige Millimeter unter der Oberfläche der Drüse isolierte Krebsknoten zu konstatieren waren. Bei zwei Fällen von Exstirpation wegen Zungenkarzinoms waren Lymphknoten in der mitentfernten Submaxillardrüse nicht zu bemerken. Bei der ferneren Untersuchung von 23 Leichen solcher Personen, die an anderen Erkrankungen, wie Perityphlitis, Sepsis, Tuberkulose, Magenkarzinom etc. gestorben waren, gelang es dem Verf., den Beweis zu erbringen, daß in zwei Fällen echte Lymphknoten innerhalb der submaxillaren Speicheldrüse vorkamen. Es handelte sich dabei um einen Pat., der einem Speiseröhrenkrebs, um einen zweiten, der einem retroperitonealen Sarkom erlegen war. Wie v. B. eine Vermehrung der ursprünglich vorhandenen drei submaxillaren Lymphknoten erst bei älteren Kindern beobachtete, so gelang auch der Nachweis von Lymphknoten in der Unterkieferspeicheldrüse nur bei Erwachsenen. Bei der Exstirpation von Krebsen der Lippe und Zunge sollen neben den submaxillaren Lymphknoten auch die Speicheldrüsen mit fortgenommen werden, zumal ihr Ausfall keine Erscheinungen macht.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

38) J. Pallard. Note sur une complication osseuse rare de la fièvre typhoïde. — La spondylite typhique.

(Revue méd. de la Suisse romande 1902. Nr. 8.)

Von den Knochenkomplikationen an der Wirbelsäule nach Typhus sind bisher nur 5—6 Fälle publiziert worden.

Verf. fügt diesen den nachstehenden aus der medizinischen Klinik in Genf hinzu:

21jähriger Pat. wird, nachdem er 4 Monate zuvor an Typhus erkrankt und bereits geheilt war, plötzlich von hohem Fieber und heftigen Schmerzen in der Lendengegend befallen. Lokal waren nur der heftige Schmerz in der ganzen Lendenwirbelsäule und die hierdurch bedingte Schwerbeweglichkeit des Pat. zu konstatieren, keine Schwellung im Bereiche der Lendenwirbel. Die Widal'sche Serumreaktion fällt wiederholt positiv aus. Erst nach Verlauf von 6 Wochen Besserung der lokalen und allgemeinen Erscheinungen, rasche Heilung.

Die Erkrankung entsteht meist nach einem schweren Typhus während der Rekonvaleszenz oder mehrere Monate nachher; fast immer wird die Lendenwirbelsäule befallen; zur Eiterung kommt es nie, alle publizirten Fälle sind nach mehreren Monaten bis zu einem Jahre geheilt.

Charakteristisch sind die plötzlich einsetzenden schweren Erscheinungen — Schmerz und hohes Fieber. **Kronacher** (München).

39) **Veyrassat et Arabian.** Un cas de rupture du sterno-cléido-mastoïdien (hématome) chez le nouveau-né.

(Revue méd. de la Suisse romande 1903. Nr. 1.)

27 Tage altes Kind von der Hebamme am Kopfe extrahiert; seit der Geburt eine kleine, sich allmähliche vergrößernde Geschwulst.

In der Gegend des Sterno-cleido-mastoid. dextr., $2^1/_2$ cm unter und vor dem Proc. mastoid. findet sich eine spindelförmige, 3 cm lange und $1^1/_2$ cm breite Geschwulst, zweifelsohne dem Muskel zugehörig.

Nach 3 Wochen fast ganz verschwunden.

Also auch bei normalen Geburten in erster oder zweiter Schädellage kann durch die Extraktion mit den Händen eine Ruptur des Sterno-cleido-mastoid. entstehen. **Kronacher** (München).

40) **A. Riedel.** Zur Kasuistik des Vagus. Resektion.

(Festschrift für Hofrat Göschel.)

Tübingen, Laupp'sche Buchhandlung, 1902.

Bei einem 48jährigen Manne, welcher einige Zeit vorher wegen eines Unterkiefersarkoms operiert worden war, traf ein Rezidiv am Kieferrest und im oberen Halsdreieck auf. Bei der zweiten Operation entfernte R. außer dem Kieferrest auch die Geschwulst im oberen Halsdreieck, welche neben der Carotis die Jugularis intern. und den Nervus vagus umwachsen hatte. Carotis intern., Jugularis intern. und N. vagus wurden im Bereich der Geschwulst mit entfernt.

Irgend welche Störungen traten nach der Resektion dieser drei Gebilde nicht auf, namentlich auch nicht von Seiten des resezierten Vagus, was R. auf die allmählich stattgefundene Kompression und auf »ein vikariierendes Funktionieren der anderen Seite« zurückführt. **Neck** (Chemnitz).

41) **Lindner.** Über chirurgische Intervention bei Speiseröhrenverengerung. (Aus der I. chir. Abteilung des Stadtkrankenhauses Friedrichstadt zu Dresden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 6.)

L. hat unter einer großen Zahl von Speiseröhrenkrebsen nur in drei eine Radikaloperation vom Halse aus ausführen können, jedoch keinen Erfolg damit erzielt. Dagegen waren die Resultate der Gastrostomie, bei welcher er zumeist die Witzel'sche Methode, indes von einem Längsschnitt im linken Rektus aus bevorzugte, relativ befriedigende, wenn die Operation frühzeitig gemacht wurde; freilich überlebten nur wenige Operierte das erste Halbjahr, nur ganz vereinzelte das zweite Jahr. Die Frank'sche Methode bot nur für die erste Zeit große Vorzüge; während der ersten 6—8 Wochen war der Verschluß ein sehr guter, dann aber begann die Fistel immer mehr herunterzusinken, so daß der größte Teil der Nahrung wieder ausfloß. L. hat letzteres Verfahren dagegen bei gutartigen Strik-

turen bewährt gefunden, da es den Zugang zum Mageninnern und die retrograde Sondierung ohne Ende erleichtert. Allerdings mußte er in einem Falle von zwei impermeablen Verengerungen noch eine Ösophagotomie zu Hilfe nehmen, um von dieser und vom Magen aus die Erweiterung zu versuchen. Der Erfolg war ein sehr guter.

Kramer (Glogau).

42) **J.-L. Faure.** Resection du cancer de la portion intrathoracique de l'oesophage.

(Gaz. des hôpitaux 1902. Nr. 144 u. 1903. Nr. 14.)

F. resezierte rechts die vertebralen Enden der sechs ersten Rippen. Er legt besonderen Wert auf die Resektion der ersten Rippe (2 cm), weil man nur dadurch das hintere Mediastinum und die Speiseröhre fast in ganzer Ausdehnung zugänglich machen könne. Letztere wird oberhalb und unterhalb der Neubildung doppelt unterbunden und zwischen den Ligaturen durchtrennt. Zum Schluß wird die oberste Rippe genäht, die Mediastinalwundhöhle drainiert. In einem Falle — es wurden wegen eines Karzinoms in Höhe der Bifurkation 11 cm der Speiseröhre reseziert — kam es beim Ablösen der Pleura zu einem unbedeutenden Pneumothorax.

F., der dies Verfahren der ausgedehnten Rippenresektion für beginnende Ösophaguskarzinome, eitrige Mediastinitis, Fremdkörper innerhalb des Thorax empfiehlt, hat zweimal so operiert. »Beide Pat. starben asphyktisch, cyanotisch, dyspnoisch. Beide sind ohne Blutung, ohne Chok zugrunde gegangen.«

V. E. Mertens (Breslau).

43) **G. Treupel** (Freiburg i/B.). Operative Behandlung gewisser Lungenerkrankungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

In dem neuen Falle T.'s handelte es sich um einen 4½jährigen, erblich nicht belasteten, vorher gesunden Knaben, bei dem sich allmählich ein Lungenleiden entwickelt hatte; seit Anfang 1902 deuteten die Symptome auf Lungenabsceß bezw. -gangrän hin. In der Freiburger Klinik wurde das Vorhandensein eines mit Luft und Flüssigkeit gefüllten Hohlraumes im Bereich des rechten Ober- und Mittellappens festgestellt, durch eine Probepunktion zunächst nur eine seröse, keimfreie Flüssigkeit, durch eine zweite, wegen Auftretens eines Pyopneumothorax vorgenommene, stinkender Eiter entleert und nunmehr zur Operation geschritten (Rippenresektion etc.), welche zu rascher Besserung führte. T. nimmt an, daß der Durchbruch des Jauchеherdes der Lunge in die Pleurahöhle, der das steril seröse Exsudat entstammte, durch die Punktion begünstigt worden und spricht sich dahin aus, daß letztere vermeidbar gewesen, da der Absseß schon vorher bestimmt nachgewiesen und genügend genau lokalisiert worden war und eventuell noch an der bloßgelegten Lunge durch Palpation und Auskultation mit binauralen aseptischen Hörrohres sicher gestellt hätte werden können.

Kramer (Glogau).

Berichtigungen.

In Nr. 7, Referat Nr. 42, muß es heißen statt Jurewitsch — **Jusewitsch.**
In Nr. 9 p. 263 Z. 20 v. u. statt Peritoneum — Perineum.

Herr Dr. Wenzel (Tandil. Argentinien) teilt der Redaktion mit, daß er zur Behandlung der Beingeschwüre einen Cirkelschnitt durch die Haut des Oberschenkels führt, der aber — entgegen dem nach dem spanischen Original angefertigten Referat auf p. 64 d. Bl. — die Muskulatur unbehelligt läßt.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorausszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 21. **Sonnabend, den 23. Mai.** **1903.**

XXXII. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatte einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

I.

Mobilisierung des Duodenum und Eingriffe am Gallensystem.

Von

Dr. Hans Lorenz,

Assistenten an Prof. Hochenegg's chirurgischer Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik.

Unlängst hat Th. Kocher[1] auf die leichte Mobilisierbarkeit des Duodenum hingewiesen, welche ihn veranlaßt, die Gastroduodenostomia lateralis als Methode der Wahl statt der üblichen Gastrojejunostomie zu empfehlen.

Ich will hier die Bedenken, die ich gegen die Gastroduodenostomie hege, nur streifen. Um nur vom Pyloruskarzinom zu sprechen: Machen wir bei demselben die Gastroduodenostomie, so kommen wir mit der Anastomose bedenklich nahe an das Karzinom heran und können früher ein Übergreifen desselben auf die Fistel erleben, als bei einer hinteren Gastrojejunostomie, bei der überdies die Anlegung der Fistel am tiefsten Punkte des Magens günstigere Abflußbedingungen schafft.

Dennoch ließe sich die prinzipielle Bevorzugung der Gastroduodenostomie rechtfertigen und auch statt der einfachen medianen Laparotomie die immerhin etwas eingreifendere schräge unter dem Rippenbogen in Kauf nehmen, wenn durch die Gastroduodenostomie ein absolut sicheres Funktionieren der neuen Kommunikation gewährleistet würde.

Schnitzler[2] hat aber auf Grund eigener Erfahrungen mit der Gastroduodenostomie hervorgehoben, daß diese Anastomose auch in funktioneller Beziehung nicht immer das leistet, was Kocher sich von ihr verspricht.

Ich glaube daher, daß die Mehrzahl der Chirurgen bei der klassischen Gastrojejunostomie bleiben wird, die heute, wo wir manchen Fehler zu vermeiden gelernt haben, nur äußerst selten einen Mißerfolg in Form eines Circulus vitiosus liefert, auch wenn wir nicht eine Anastomose zwischen den Schenkeln der Jejunumschlinge hinzufügen.

Ich kann aber Schnitzler nicht beipflichten, wenn er meint, »daß die bei der anatomischen Dignität der hier zu präparierenden Region doch mit einigem Zeitaufwand verbundene Mobilisierung des Duodenum kaum rascher durchzuführen sein dürfte, als eine Enteroanastomose zwischen den Schenkeln einer Jejunumschlinge«.

---

[1] Zentralblatt für Chirurgie 1903. Nr. 2.

[2] Zentralblatt für Chirurgie 1903. Nr. 10.

Ich habe im Gegenteil die von Kocher vorgeschlagene Mobilisierung des Duodenum schon bei dem ersten Versuch an der Leiche so außerordentlich leicht und einfach gefunden, daß ich seither im »atypischen« Operationskurs, den ich als Assistent der Wiener Klinik Freiherrn v. Eiselsberg's hielt, die Cholecystenterostomie stets mit der nach Kocher mobilisierten Pars descendens duodeni ausführen ließ.

Es handelte sich da manchmal um so kleine Gallenblasen, daß ich deren Kuppe erst durch Ausschälen aus dem Leberbett etwas freier beweglich machen mußte, und selbst bei diesen bot dann die Herstellung der Anastomose mit dem beweglich gemachten Duodenum keine großen Schwierigkeiten. Auch ziemlich ausgedehnte, von pericholecystitischen Prozessen herstammende Verwachsungen, die sich ab und zu fanden, erschwerten die Mobilisierung des Duodenum nicht in nennenswerter Weise.

Auf Grund dieser, allerdings nur an Leichen gemachten Erfahrungen glaube ich die Kocher'sche Mobilisierung des Duodenum als wertvolles Hilfsmittel für die Cholecystenterostomie empfehlen zu können, welche den Eingriff leichter gestaltet als eine Verbindung mit dem Jejunum durch das Mesocolon transverum hindurch, häufig vielleicht auch leichter ausführbar ist als eine Cholecystogastrostomie.

Kocher betont, daß derjenige Teil des Duodenum, der am wenigsten beweglich gemacht werden kann, die Flexura superior sei, weil an diese das Ligamentum hepatoduodenale (mit Arteria hepatica, Vena portae und Ductus choledochus) sich ansetzt. »Dieses Ligament und in seiner Fortsetzung der an den Pankreaskopf stoßende konkave Duodenalrand bilden die Drehachse, um welche der absteigende und untere Teil des Duodenum nach vorn gewendet werden kann.«

Eine einfache anatomische Erwägung — man braucht sich nur den Verlauf des Ductus choledochus zu vergegenwärtigen, der unter den wichtigen Gebilden des Ligamentum hepatoduodenale am meisten lateral und dabei oberflächlicher liegt als die Vena portarum — sagt, daß man mit der Mobilisierung des Zwölffingerdarmes soweit gehen kann, daß die Drehachse der Vena portae entspricht, und dadurch wird der Ductus choledochus näher an die Oberfläche gebracht werden können.

Auch das fand ich an der Leiche bestätigt und ich zweifle nicht, daß man manchmal auf diese Weise Eingriffe am supraduodenalen Teil des Choledochus sich einigermaßen erleichtern kann.

Wichtiger erscheint mir jedoch die Mobilisierung des Duodenum behufs Freilegung des retroduodenalen Choledochusabschnittes. Tuffier hat sich diesen, das Peritoneum intakt lassend, durch einen Lumbalschnitt zugänglich gemacht, Langenbuch hat den Weg von rückwärts her an der Leiche genau studiert. Die Versuche, diesen Weg weiter auszubauen, sind wohl als aufgegeben zu betrachten, hingegen hat sich die Choledochotomia transduodenalis das Bürgerrecht erworben.

Ließe sich nicht in den Fällen, wo es mißlingt, einen Stein aus dem retroduodenalen Choledochusabschnitt nach oben in den supraduodenalen oder nach abwärts durch die Papille zu schieben, die Eröffnung des Darmes vermeiden, ließe sich nicht die Choledochotomia transduodenalis durch eine Choledochotomia retroduodenalis ersetzen?

An der Leiche gelingt es nach der Kocher'schen Mobilisierung des Zwölffingerdarmes überraschend leicht, den retroduodenalen Choledochusabschnitt und das Endstück des Ductus pancreaticus bloßzulegen. Am Lebenden gibt es gewiß Fälle, wo sehr ausgedehnte Verwachsungen die transduodenale Operation vielleicht noch als die einfachere erscheinen lassen, daneben aber auch sicherlich andere Fälle, bei denen ein Vorgehen außerhalb des Duodenum, durch Beweglichmachen und Umklappen desselben, sehr wohl gerechtfertigt wäre.

Die Fälle, bei denen der gedachte Eingriff überhaupt in Frage käme, sind freilich sehr selten; ich würde aber nicht anstehen, ihn im gegeben Falle zu versuchen. —

Kehr[3] hat kürzlich mit glänzendem momentanem Erfolg ein Karzinom des Choledochus an der Einmündungsstelle des Cysticus exstirpiert, die erfolgreiche Radikaloperation von Krebsen, die vom retroduodenalen Teil des Choledochus oder der Vater'schen Papille ausgehen, ist noch ein frommer Wunsch für die Zukunft. Vielleicht werden auch diese Eingriffe von der Mobilisierung des Duodenum Nutzen ziehen.

II.

Einseitige Ausschaltung des Duodenum bei perforierender Geschwürbildung an der hinteren Wand des absteigenden Duodenalastes.

Von

Dr. A. A. Berg,

Mount Sinai Hospital in New York.

Die Verödung perforierender Geschwüre an der hinteren Wand des absteigenden oder zweiten Duodenalastes pflegt keine günstigen Resultate zu zeitigen, und zwar aus dem Grunde, daß dieser Darmabschnitt keine peritoneale Überkleidung besitzt. Entweder halten die Nähte im nekrotischen Bindegewebe überhaupt nicht, oder sie geben infolge der sekundären Infektion nach; das übliche Ergebnis ist jedesmal eine Duodenalfistel mit nachfolgendem Hungertode.

Angesichts dieser Verhältnisse erlaube ich mir bei perforierender Geschwürbildung an der hinteren Wand des absteigenden Duodenalastes folgendes Verfahren in Vorschlag zu bringen:

Retroduodenale Exsudate, wenn vorhanden, sollen vor allem

[3] Münchener medizinische Wochenschrift 1903. p. 101.

durch Lumbalschnitt oder im Wege einer Inzision durch das parietale Peritoneum an der Außenseite des Colon ascendens entleert und drainiert werden. Unmittelbar darauf wird die Bauchhöhle durch Medianschnitt eröffnet, eine Gastrojejunostomie etabliert und der Pylorus durch eine Tabaksbeutelseidennaht abgeschnürt. Auf diese Weise wird das perforierte Duodenum vom Darmkanal einseitig ausgeschieden und damit das Austreten von Chymus durch die Duodenalfistel verhindert. Der Vorteil der Methode gegenüber einer Jejunostomie besteht darin, daß die Magenverdauung nicht ausgeschlossen zu werden braucht.

Die Öffnung im Duodenum kommt nun, da das Durchsickern aufhört, durch Granulation schlechterdings zum Verschluß. Allerdings ist es wesentlich, die Gastrojejunostomie und Pylorusabschnürung gleich beim ersten Eingriffe auszuführen, da bei Duodenalfisteln der Kräfteverfall ein so rapider zu sein pflegt, daß die Kranken nie mehr zu genügender Widerstandskraft gelangen, um eine zweite Operation mitmachen zu können.

Ich sah mich veranlaßt, dieses Verfahren einer primären Gastrojejunostomie mit gleichzeitiger Pylorusabschnürung, also einer einseitigen Ausschaltung des Duodenum, aus dem Grunde in Vorschlag zu bringen, weil Duodenalfisteln stets zu raschem Hungertod führen. In Duodenalfisteln anderweitigen Ursprungs sollte sich das Verfahren ebenfalls als nützlich erweisen.

---

1) **F. v. Winckel** (München). Über die Mißbildung von ektopisch entwickelten Früchten und deren Ursachen.

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1902. Mit 11 Abbild. auf 9 Taf.

Gestützt auf 75 Fälle aus der Literatur und 14 eigene Beobachtungen erörtert der bekannte Geburtshelfer die Verunstaltungen von Früchten in ektopischen Fruchtsäcken, die er für viel häufiger hält (etwa 50% aller Fälle), als dies bisher angenommen wurde. Außer den bisher geltenden Ursachen: Raumbeengung im Fruchthalter, geringe Fruchtwassermenge, sieht er in der Verdickung der Placenta und ihrer Induration durch Blutergüsse, sowie in den aktiven Kontraktionen des Fruchtsackes ursächliche Momente für Formveränderungen, die ebenso bedeutsam sind wie anererbte Eigenschaften. Von den in natürlicher Größe gegebenen Abbildungen interessieren den Chirurgen nur diejenigen der Tafel IX mit Mißstaltungen der Hände und Füße, welche sich als Belastungsdeformitäten charakterisieren.

P. Stolper (Breslau).

2) **Oertel.** Über das Verhalten der Knochen bei Streifschüssen aus modernen Kriegswaffen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 612.)

Aus der Knochenpräparatensammlung, welche Helferich durch Schießversuche auf Leichen gewann, sowie aus der Schußpräparaten-

sammlung der Medizinalabteilung des preußischen Kriegsministeriums beschreibt O. eine Auswahl derjenigen Stücke, welche Streifschüsse darstellen. Es handelt sich um 9 Diaphysenschüsse ohne Eröffnung der Markhöhle, um 24 Diaphysenschüsse mit Eröffnung derselben und um 22 Schüsse von spongiösen und platten Knochen. 38 Präparate sind abgebildet; größtenteils in guten Photogrammen. Der Beschreibung folgt eine allgemeine Durchsprechung dieser Schießbruchformen nebst Erörterung der Verletzungsmechanik, wobei die einschlägige Literatur (Verzeichnis derselben von 19 Nummern zum Schluß der Arbeit) eingehend berücksichtigt wird.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

3) **Hildebrandt.** Die Prognose der Schußverletzungen im Felde.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 10.)

Außer mancherlei Zahlenangaben über Verwundungsstatistiken der jüngsten Kriege zwischen Japan und China und England und den Buren gibt H. insbesondere eine Vergleichung der Statistik vom deutsch-französischen Kriege 1870/71, und dem spanisch-amerikanischen Kriege 1898/99. Danach ist die Gefährlichkeit der Kopfverletzungen ziemlich gleich geblieben, die Mortalität der Halsverwundungen aber gestiegen, weil die Gefäße den modernen kleinkalibrigen Geschossen nicht ausweichen, sondern durchschnitten werden. Die Sterblichkeit nach Rumpfverletzungen hat sich nicht wesentlich geändert, dagegen ist enorm heruntergegangen diejenige nach Extremitätenschüssen. Da letztere über $^2/_3$ aller Verletzungen ausmachen, ist hierdurch auch eine Herabsetzung der Gesamtmortalität herbeigeführt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **Canon.** Eine weitere Reihe von bakteriologischen Blutbefunden und Bemerkungen über den praktischen Wert solcher Befunde bei Blutvergiftung und Amputation.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

Im Anschluß an seine früheren mehrfachen Veröffentlichungen teilt C. 14 neue Fälle mit von positivem Bakterienbefund im Blute bei verschiedenen Erkrankungen: Gelenkrheumatismus, Mumps, Erysipelas migrans, Phlegmonen, puerperale Sepsis, Peritonitis, Pneumonie, Scharlach, Osteomyelitis. Nach genauer Darstellung der besten Art der Entnahme des Blutes und des einzuschlagenden Kulturverfahrens wendet er sich eingehend der Frage zu, wieweit der Nachweis von Bakterien im Blute für die Frage der Amputation bestimmend sein könne. Obwohl immer noch die definitive Entscheidung, ob und wann amputiert werden soll, von dem klinischen Zustande des Pat. und der klinischen Erfahrung des betreffenden Arztes abhängt, verspricht doch das systematische Ausbauen der Blutunter-

suchung eine wesentliche Unterstützung unserer Entschließung zu werden; C. kommt zu folgenden Resultaten:

In jedem Falle von schwerer Phlegmone, bei dem der Verdacht vorliegt, daß die Amputation in Frage kommen könnte, ist die bakteriologische Blutuntersuchung möglichst frühzeitig vorzunehmen und täglich zu wiederholen.

Negative Blutbefunde haben keinen oder nur ausnahmsweise einen Wert für die praktische Beurteilung des Falles; sie würden natürlich gegen eine Amputation sprechen.

Positive Befunde können ohne Belang sein, besonders wenn die Zahl der aufgegangenen Kolonien eine kleine ist. Ist die Zahl der letzteren aber eine beträchtliche, ist insbesondere die Zunahme der Keime bei mehrfacher Untersuchung festzustellen, so fällt dieser Befund für die Amputation in die Wagschale.

Der Befund von Staphylokokken scheint weniger schwerwiegend zu sein als der von Streptokokken, besonders wenn die Staphylomykose eine Osteomyelitis ist.

Haeckel (Stettin).

---

5) **A. Poncet et L. Berard.** De l'actinomycose humaine en France.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 27.)

Die Mitteilung P.'s und B.'s ist ein zweiter Bericht über denselben Gegenstand an die Académie de médecine. Demselben liegt eine Kasuistik von nur 146 Fällen aus allen Teilen Frankreichs zugrunde. Diese Fälle sind graphisch auf der Departementskarte Frankreichs von Patel eingetragen. Bemerkenswert ist, daß allein 47 Fälle im Departement Rhône und 33 Fälle im Departement Seine vorkommen, in den meisten (65) gar keine; in vielen Departements variiert die Zahl zwischen 1 (Calvados, Creuse, Jura u. a.) und 7 (Loire, Nord). Es ist klar, daß die Anhäufung der Fälle im Rhône- (Lyon) Departement und Seine- (Paris) Departement auf die bessere Erkenntnis in den Spitälern zurückzuführen ist. Deshalb erinnern auch die Verff. des nach vieler Hinsicht interessanten Berichts daran, daß die Fälle bei besserer Diagnosenstellung häufiger werden werden. Man muß an eine Krankheit denken, um ihre Diagnose zu stellen.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

---

6) **O. Wandel** und **O. Hoehne.** Über die mechanische Sterilisierung der Gummihandschuhe und ihre Verwertung in der Praxis. (Aus der medizinischen Klinik und Frauenklinik in Kiel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 9.)

Die sorgfältigen bakteriologischen Untersuchungen der Verff. haben zu dem Ergebnis geführt, daß eine mindestens $2^1/_2$ Minuten währende energische Waschung mit Seife und Wasser auch ohne

Anwendung der Bürste in der Regel genügt, die Oberfläche der Gummihandschuhe von jedweder Art bakterieller Verunreinigung zu befreien. Als Hauptererfordernis für dieses günstige Resultat ist die Glätte der Handschuhoberfläche anzusehen.

Nach dem Gebrauche sind die Handschuhe an der Hand sofort mit Seife und Wasser zu reinigen, unter Umstülpen abzuziehen, an der jetzt nach außen gekehrten Innenseite zu säubern, dann zu trocknen und mit Talkum eingepudert, in Gazeläppchen zu verwahren. So behandelte Handschuhe können 5—6mal und öfter benutzt werden, bevor sie defekt und zu weit geworden sind. Das Anziehen soll ebenfalls trocken geschehen und wird durch die Einpuderung des Handschuhinneren mit Talkum erleichtert; eine vorherige Desinfektion der Hände ist wegen der Möglichkeit des Zerreißens der Handschuhe während der Operation notwendig.

Kramer (Glogau).

---

7) **A. Mouchet** (Paris). Chirurgie intestinale d'urgence.

Paris, **J.-B. Baillière et fils,** 1903. 95 S.

In dem kleinen Buch beschreibt Verf. in übersichtlicher Weise das Wichtigste dringlicher Bauchoperationen für den Praktiker, ohne etwas Neues zu bringen. Er bespricht das Vorgehen bei Bauchquetschungen, bei Bauchwunden, bei Darmverschluß, Appendicitis, Atresia ani, eingekeklemmten Hernien und Hämorrhoiden.

Neck (Chemnitz).

---

8) **O. Jacob.** De la fracture parcellaire de la grosse tubérosité de l'humerus dans les prétendues contusions de l'épaule compliqués de périarthrite traumatique.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 2.)

Stets, wenn die Kontusion einer Schulter mit einer »traumatischen Periarthritis« sich komplizierte, konnte J. auf skiagraphischem Wege nachweisen, daß eine Fraktur des Tuberculum majus humeri vorlag. Diese Art Frakturen, die häufig nur erkennbar sind, wenn die Bilder beider Schultern sorgsam verglichen werden, werden »Fractures parcellaires« genannt. Die sehr geringe Dislokation des Fragmentes bei diesen Stoß-Rißfrakturen hängt von dem momentanen Überwiegen der Mm. supra- resp. infraspinatus und teres minor ab.

In den 4 letzten Fällen von seinen 7 hat J. die Diagnose schon ohne Skiagraphie stellen können aus der Angabe, daß die Schulter beim Sturz direkt auf den Boden geschlagen sei und aus der Existenz eines besonders schmerzhaften Punktes unterhalb des Akromion. Für charakteristisch hält Verf. auch ein Hämatom an der Außenseite der Schulter.

V. E. Mertens (Breslau).

---

9) **Zoege v. Manteuffel.** Die Arteriosklerose der unteren Extremitäten.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

v. M. widmet der Arteriosklerose der unteren Extremitäten eine monographische Bearbeitung, weil sie eine Sonderstellung von der allgemeinen Sklerose des gesamten arteriellen Circulationsapparates einnimmt dadurch, daß hier das Herz den größten Widerstand zu überwinden hat und bei der abhängigen Lage des Gefäßsystems der unteren Extremität die Schwere der Blutsäule wirksam wird.

Bezüglich der pathologischen Anatomie der Gefäßsklerose pflichtet v. M. denjenigen bei, welche den Prozeß nicht als Entzündung auffassen. Der Schwerpunkt liegt in einer Wucherung der Endothelzellen der Intima, welche sich in Bindegewebsfibrillen umwandeln. Verkalkung und Verfettung können das Endprodukt sein, gehören aber nicht wesentlich zur reinen Sklerose. Der Verschluß der Gefäße kommt nicht durch eine Endarteriitis obliterans zustande, sondern dadurch, daß Desquamation und Rauhigkeit der Intima ein Stromhinderniß bildet, hinter und an dem sich eine weiße Thrombose ansiedelt. Die Venen sind meist gleichfalls sklerotisch und oft durch rote Thromben verstopft, doch ist das ein rein sekundärer Vorgang.

Es wird sodann die Ätiologie eingehend erörtert; hier räumt v. M. der Syphilis und Gicht nur geringen Einfluß ein, einen erheblichen aber Temperatureinflüssen. Er wendet sich sodann zur Besprechung der Symptome, unter denen das intermittierende Hinken besonders eingehend erörtert wird. Bei der Therapie, soweit sie nicht operativ sein muß, wird auf Übung des Herzens besonderer Wert gelegt. Sehr vorsichtige Massage, Horizontallage, Jodkali, Badekuren sind die wesentlichsten Teile der Frühbehandlung. Die operative Therapie soll in einem besonderen, später erscheinenden Kapitel besprochen werden.

Haeckel (Stettin).

---

10) **M. Hofmann.** Die Gefäßverhältnisse des Nervus ischiadicus und ihre Beziehung zur Dehnungslähmung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Bei Lähmungen im Gebiet des Nervus ischiadicus ist der Nervus peroneus viel häufiger betroffen als der Nervus tibialis. Das ist auch leicht aus der anatomischen Lage beider Äste verständlich, von denen der Nervus peroneus viel mehr allen traumatischen Schädigungen zugänglich ist wie der Nervus tibialis. Aber merkwürdig bleibt diese Bevorzugung an derartigen pathologischen Erscheinungen für den ersteren doch, wenn die Zweige nicht direkt getroffen sind, sondern der Stamm des Nervus ischiadicus geschädigt wird. Solche Paralysen des Nervus peroneus kommen z. B. nach dem einstimmigen Urteil der erfahrensten Orthopäden bei der unblutigen Reposition der angeborenen Hüftverrenkung vor. Ebenso

merkwürdig ist es, daß bei völliger Aufhebung der Motilität bei solchen Zufällen die Sensibilität gar nicht oder in nur geringem Maße leidet. Das leichtere Betroffensein bestimmter Nervenfasern und das Verschontbleiben anderer derselben Schädlichkeit ausgesetzter muß hier eine besondere Ursache haben, die keine physiologische, sondern eine anatomische ist. Nicoladoni vermutete sie in den Ernährungsverhältnissen, und auf seine Anregung hin hat Verf. an injizierten Präparaten die Gefäßversorgung der in Betracht kommenden Nerven untersucht. Da zeigte sich nun in der Tat, daß der Nervus peroneus während seines Verlaufes die Hälfte arterieller Zuflüsse erhält wie der Nervus tibialis, und daß die Gefäße des ersteren wesentlich zarter sind wie die des letztgenannten. Deshalb müssen bei gleicher Dehnung die Gefäße im Peroneusgebiet leichter geschädigt werden. Das eigentümliche Verhalten dieser Gefäßverteilung zeigt sich sowohl bei hoher Teilung des Nervus ischiadicus wie bei normalem Verhalten der Trennung in die beiden Hauptäste. Übrigens zeigt die auffallende Häufigkeit hoher Teilung wie die leichte künstliche Teilbarkeit des Nervus ischiadicus bis hoch hinauf in seine zwei Äste, daß der letztere nur scheinbar ein einheitlicher Nerv ist, in Wirklichkeit aber überall aus zwei nur dicht nebeneinander gelagerten Nerven besteht, die gewöhnlich am Oberschenkel ihren gemeinschaftlichen Verlauf beibehalten. Daraus wird es auch verständlich, daß die Circulationsverhältnisse in den beiden Nerven verschieden sind und eine gewisse Unabhängigkeit von einander bewahren. In manchen Präparaten zeigte sich die Ernährung des Nervus peroneus in einer gewissen Abhängigkeit von der des Nervus tibialis, bei der ebenfalls die Verhältnisse für eine Ischämie durch Dehnung oder Zerreißen der Gefäße günstiger im Peroneus- wie im Tibialisverlauf liegen. Es ist auch leicht an der Hand der gewonnenen Präparate ersichtlich, wie nach Aufhören der Dehnung zuerst die normale Blutversorgung im Nervus tibialis wieder eintritt, und wie erst nach Wiederherstellung der Circulation in den Gefäßketten dieses Nerven die von diesen ausgehenden und in den Peroneus eindringenden Arterien sich wieder füllen können. Das teilweise oder vollständige Fehlen von Sensibilitätsstörungen bei jenen Lähmungen muß eine andere Ursache haben, da die Gefäßversorgung der motorischen und sensiblen Fasern dieselbe ist. Wahrscheinlich ist der Grund dafür darin zu suchen, daß in der Peripherie die anastomosierenden Verbindungen zwischen den Nerven äußerst zahlreiche sind. Zum Schluß der Arbeit kommt Verf. auf die durch schwere Geburten entstehenden Peroneuslähmungen zu sprechen, die nach Lefebvres in dem anatomischen Verhalten der Wurzeln des Plexus ischiadicus begründet sein sollen. H. hält diese Erklärung nicht für ausreichend und glaubt, daß auch hier die Kreislaufverhältnisse eine wichtige Rolle spielen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

11) Bärlocher. Zur Behandlung des Kniescheibenbruches.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1903. Nr. 4.)

Gestützt auf 28 von Feurer (St. Gallen) behandelte Fälle von Kniescheibenbruch empfiehlt Verf. eine modifizierte Form der offenen Naht: Parostale Naht der Kniescheibe; Kapselnaht; trockene Behandlung des eröffneten Gelenks, vollkommener Schluß der Wunde und in der Nachbehandlung frühzeitige aktive Bewegungen.

Es wurde im Durchschnitt 4 Wochen lang immobilisiert, dann erst die Bewegungsübung und Massage eingeleitet. B. warnt davor, die verhältnismäßig leichte Operation anderswo als in einer aseptischen Heilanstalt vorzunehmen, und hält sie auch bei Säufern für kontraindiziert.

Die funktionellen Resultate der zum großen Teil nach einer Reihe von Jahren nachuntersuchten Fälle sind gute. Die Arbeit von v. Mikulicz ist dem Verf. erst nach Drucklegung seines Aufsatzes bekannt geworden.

P. Stolper (Breslau).

---

12) Blecher. Entstehung der Fußgeschwulst.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1903. Hft. 1. p. 3.)

Verf., der sich in derselben Zeitschrift vorigen Jahrgangs bereits einmal mit der Frage der Fußgeschwulst beschäftigt hat, hält an seiner früheren Ansicht fest, daß es sich bei dieser Krankheit entweder um Knochenbruch oder Knochenhautentzündung der Mittelfußknochen handele. Vom klinischen Standpunkte läßt sich nach ihm jedoch zwischen diesen beiden Veränderungen kein gegensätzlicher Unterschied machen. Unter den von ihm beobachteten 87 Fällen von Fußgeschwulst handelte es sich 30mal um Knochenbrüche; am meisten war der zweite, dann der dritte und am wenigsten der vierte Metatarsus beteiligt. Der Sitz des Bruches fand sich in der Mitte oder am distalen, fast gar nicht am proximalen Ende des betreffenden Mittelfußknochens. Als Ursache für die Entstehung wurde von den Mannschaften meistens nur der Marsch, seltener ein Fehltritt angegeben. Unter einer größeren Anzahl von Fußgeschwulst (632 Fällen) war der erste Jahrgang der Leute mit 85,2% vertreten.

Nachdem Verf. die Ansichten der verschiedenen Autoren über das Entstehen der Fußgeschwulst durchgegangen ist, betont er, daß nach ihm die Ursache des Leidens in dem Einsinken des Fußgewölbes infolge der Ermüdung der Muskeln bei langem Marschieren zu suchen sei. Für gewöhnlich sind bei erhaltenem Fußgewölbe der erste und fünfte Mittelfußknochen die am meisten belasteten Teile und berühren der zweite, dritte und vierte Mittelfußknochen mit ihren Köpfchen den Fußboden nicht. Dieses letztere tritt erst ein, wenn infolge der Ermüdung das Fußgewölbe einsinkt, oder wenn ein Stein oder eine Bodenerhebung unter die Fußsohle gerät (direkter Bruch). Die Schlußsätze der Arbeit sind folgende: 1) Bruch und Knochenhautentzündung sind nur als gradweise verschiedene

Befunde bei der Fußgeschwulst aufzufassen. 2) Die Fußgeschwulst entsteht durch eine abnorme Belastung der mittleren, normalerweise nicht belasteten Mittelfußknochen. 3) Die Fußgeschwulst ist eine Krankheit des Soldaten, weil dieser durch die Verhältnisse des Dienstes öfter gezwungen ist, in ermüdetem Zustande weiter zu marschieren. Gegen die Ansicht des Verf., daß die Knochenbrüche und die Knochenhautentzündung der Mittelfußknochen erst bei eingesunkenem Fußgewölbe eintreten, scheint der Umstand zu sprechen, daß bei Plattfüßen die genannten Leiden erfahrungsgemäß selten vorzukommen pflegen (Ref.). **Herhold** (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

Ein Fall von cystischer Degeneration des Netzes.

Von

Dr. H. Schramm,
Privatdozent für Chirurgie in Lemberg.

Sekundäre Erkrankungen des großen Netzes bei malignen Neubildungen des Magens und anderer Bauchorgane gehören wohl zu ziemlich häufigen Befunden, dafür aber gehören primäre Geschwülste des Netzes zu großen Seltenheiten. In seiner Abhandlung »Über die Tumoren des Mesenteriums und des Netzes« (Diss., Jena, 1881) konnte Zernsdorf kaum sechs Fälle von primären Geschwülsten des Netzes anführen, darunter vier maligne und nur zwei benigner Natur, nämlich ein Lipom und eine Blutcyste. In der mir zugänglichen Literatur aus den folgenden Jahren konnte ich acht weitere Fälle finden. Die Beobachtungen von Manley, Segond, Bergmann, Henricius und Borman beziehen sich auf maligne Neubildungen — Sarkome oder Karzinome — nur drei, der Fall von Riss (Bruns' Beiträge für klin. Chirurgie Bd. X), von Schwarzenberger (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XI) und der Fall von Marsh und Moussarat (Brit. med. journ. 1901, März 2) betreffen benigne Tumoren, seltsamerweise alle drei Cysten, die zwei letzten bei Kindern von 2 resp. 5 Jahren. Angesichts dieser Seltenheit der primären Erkrankungen des Netzes wird es vielleicht nicht überflüssig sein, wenn ich den von mir im hiesigen St. Sophien-Kinderspital operierten Fall etwas näher beschreibe.

Am 12. Mai 1902 wurde ein einjähriges Mädchen in das Spital wegen Anschwellung des Bauches gebracht. Nach Angabe der Mutter wurde bei dem bis jetzt gesunden Kinde vor etwa 4 Monaten langsam anwachsende Vergrößerung des Bauches bemerkt, welche anfangs keine Beschwerden verursachte, erst in den letzten Tagen traten Appetitmangel, Stuhlverstopfung und mehrmaliges Erbrechen auf. Bei der Untersuchung fand ich folgenden Zustand: Das Kind ziemlich gut ernährt, Lungen und Herz vollständig gesund. Lymphdrüsen nirgends vergrößert, sonst auch keine Zeichen von Skrofulose. Der Bauch gleichmäßig faßartig stark geschwollen. Der Umfang, dicht unter dem Nabel gemessen, beträgt 91 cm. Der Nabel ragt über das Niveau in Gestalt einer halbkugligen, kleinapfelgroßen Gewulst, er ist weich und sein Inhalt läßt sich durch leisen Druck in die Bauchhöhle zurückdrängen. In beiden Inguinalgegenden, dem Inguinalkanal entsprechend, befinden sich ähnliche etwa gänseeigroße, leicht verschiebliche Geschwülste. Perkussionsschall über dem ganzen Bauche gleichmäßig gedämpft. Bei Betastung lassen sich keine härteren Knoten nachweisen, überall sehr deutliche Fluktuation. Die Diagnose wurde auf tuberkulöse Bauchfellentzündung mit massenhaftem flüssigen Exsudat gestellt, welches den Nabel und beide Inguinalpforten hernienartig hervortrieb.

Am 14. Mai schritt ich zur Eröffnung der Bauchhöhle, und da ich die Absicht hatte, zugleich den Nabelbruch radikal zu entfernen, so wurde der Schnitt mitten durch den erweiterten Nabel geführt. Nachdem die Haut und das parietale Blatt des Bauchfells getrennt wurde, floß kein Tropfen von Flüssigkeit aus, dafür stellte sich in der Wunde ein cystenartiges Gebilde ein. Die Wunde wurde nun auf 15 cm nach unten erweitert und durch dieselbe das ganze Netz, welches ein Konglomerat von nuß- bis zweifaustgroßen Cysten vorstellte, hervorgeholt; dabei zeigte sich, daß auch die Geschwülste in den Inguinalgegenden durch Hineindrängen von cystisch degenerierten Netzteilen gebildet waren. Der oberste Teil des Netzes, etwa 3—4 cm von seinem Ansatze am Querkolon, war gesund. Hier wurde nun eine Doppelreihe von Ligaturen angelegt und zwischen ihnen das Netz abgetrennt. Das herausgenommene Gebilde, einer riesigen Traube nicht unähnlich, war etwa zwei Mannsköpfe groß. Die Bauchwunde wird, wie üblich, mit drei Etagen von Nähten geschlossen. Der weitere Verlauf war ganz normal. 13 Tage nach der Operation verließ das Kind das Spital, blieb auch den späteren Nachrichten gemäß ganz gesund. Die Herausnahme des ganzen Netzes hatte in diesem Falle keine üblen Folgen, wie sie Friedrich in Gestalt von entzündlichen und nekrotischen Herden in der Leber gesehen und beschrieben hatte. Bei näherer Untersuchung des Präparates (es ist im hiesigen Museum der pathologischen Anatomie aufbewahrt) konnte ich mich überzeugen, daß der größere Teil der Cysten, aus welchen das ganze Gebilde besteht — durch enge Öffnungen miteinander in Verbindung steht; einige kleinere, besonders an der Peripherie gelegene Cysten sind vollständig abgeschlossen, liegen jedoch den anderen Cysten eng an, so daß nirgends, mit Ausnahme des obersten Randes, normales Netzgewebe anzutreffen ist. Die in den Cysten enthaltene Flüssigkeit war klar, leicht rosafarbig, enthielt viel Eiweiß, viele weiße und spärliche, meistens ausgelaugte, rote Blutkörperchen. Die Wände der Cysten waren sehr dünn, bestanden nur aus dem einfachen Netzblatte, nirgends konnte eine eigene Cystenwand nachgewiesen werden. Eben dieser Umstand gibt meinem Falle eine besondere Stellung und unterscheidet ihn von den oben erwähnten Fällen von Riss, Schwarzenberger und Marsh, in welchen immer eine eigentliche Cystenwand vorhanden war. Ihr Mangel in meinem Falle spricht dafür, daß es wir eigentlich nicht mit einem Neugebilde, sondern vielmehr mit einem entzündlichen Prozesse des Netzes (schon von Förster als Netzbeutel erwähnt) zu tun hatten, wobei das sich bildende Exsudat die nicht ganz verklebten Netzblätter auseinander drängte und die Cystenbildung verursachte. Jedenfalls ist die gleichmäßige totale Entartung des Netzes bei Mangel an Verklebungen mit Darm und Bauchwand bemerkenswert.

---

13) **Fritz König.** Hebevorrichtung zur Erleichterung von Operationen und Verbänden.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

K. beschreibt eine anscheinend sehr zweckmäßige Vorrichtung, welche dazu dienen soll, bei den verschiedenartigsten Operationen die Körperpartie, an welcher operiert werden soll, herauszuheben und zugänglicher zu machen. Er hat diesen von ihm konstruierten Apparat an dem Stelzner'schen Operationstisch angebracht, an dessen seitlichen Eisenschienen die Halter zwischen Kopf und Beckenende verschiebbar sind. Diese Halter sind durch ein Querbrett miteinander zu verbinden, und durch ein Zahnrad können Stützen und Querbrett und Pat. in die Höhe gewunden werden. Das Brett ist schon vor der Desinfektion so gestellt, daß die voraussichtlich zu erhebende Körperregion auf dasselbe zu liegen kommt. Außer bei Operationen ist die Vorrichtung zur großen Bequemlichkeit auch bei Verbänden nach denselben anwendbar; gemeinsam mit der Beckenstütze erleichtert sie die Anlegung von Gipsverbänden der unteren Extremität, bei welchen das Becken mit in den Verband genommen werden soll. Durch einige instruktive Abbildungen ist die Beschaffenheit und die Anwendung des Apparates leicht verständlich gemacht. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

14) **C. Pestemalzoglu. Diastasis des vertèbres.**
Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1902.

Die umfangreiche Arbeit, deren Verf. freilich die neuere Literatur über Wirbelsäulenverletzungen gar nicht kennt, hat das eine Verdienst, daß sie aus der älteren französischen Literatur eine ganze Reihe (28 Fälle) von tödlichen Distorsionen der Halswirbelsäule zusammenstellt. Es sind darunter sehr viele Fälle, die als Verrenkungen oder Knochenbrüche beschrieben sind. Verf. unterscheidet zwischen Verstauchung (entorse) und Diastase. Bei der ersteren komme es nur zu einer teilweisen Zerreißung der Bänder, so daß sich die Wirbel nicht so weit voneinander entfernen können, daß eine Rückenmarksschädigung dabei zustande kommen könnte. Bei der Diastase ist die Bandzerreißung zwischen zwei Wirbeln eine vollständige und darum die Markschädigung fast die Regel, eine häufigere jedenfalls als selbst bei Halswirbelverrenkungen oder Brüchen.

Aus praktischen Gründen hat man bei uns diesen Unterschied allgemein fallen gelassen, indem man nur Frakturen, Luxationen und Distorsionen gesondert behandelt. Auch haben neuere Beobachtungen gelehrt, daß auch ohne jede Bandzerreißung gefährliche Quetschungen des Markes durch starke Flexion der Halswirbelsäule zustande kommen können.

Der von P. mit Monod zusammen beobachtete neue Fall von tödlicher »Diastase« ist folgender: Ein 20jähriger kräftiger Reckturner stürzte bei der »Riesenwelle« auf den Nacken. Er hat bei geringem Schmerz im Nacken sofort eine völlige Lähmung der unteren Extremitäten, am folgenden Tage auch eine motorische, nicht sensible Parese der oberen. Genauere neurologische Prüfung fehlt. Am 3. Tage hohe Temperaturen (41°), Tod. Eine Abbildung der Halswirbelsäule zeigt eine totale Zerreißung der Bänder vom Ligamentum nuchae bis an das Ligamentum longitudinale ant. unter Lösung der Bandscheibe zwischen 5. und 6. Halswirbel. Diese ist blutig imbibiert. Die Rückenmarkshüllen sind unversehrt; es fand sich weder ein extra- noch ein intraduraler Bluterguß, doch zerfiel das — offenbar zu spät herausgenommene — Rückenmark in der Höhe der Wirbelsäulenläsion. Auch eine intrameningeale Blutung wurde nicht gefunden. Verf. nimmt an, daß durch Dehnung die Markstörung zustande gekommen sei, also eine Zerrungsruptur.

P. Stolper (Breslau).

15) **A. Westphal (Greifswald). Über die Bedeutung von Traumen und Blutungen in der Pathogenese der Syringomyelie.**
(Archiv für Psychiatrie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Gestützt auf die histologisch sorgfältige Untersuchung zweier Rückenmarke mit aus progressiver Gliose hervorgegangener langgestreckter Höhlenbildung sucht W. den Nachweis zu führen, daß sich echte progressive Gliosen aus Blutungen entwickeln können. Aber beide Fälle, klinisch als Syringomyelie nicht erkannt, auch klinisch so gut wie gar nicht beobachtet, sind durch toxische Einflüsse kompliziert und bezüglich des Traumas — nur der eine Fall wird für die traumatische Ätiologie herangezogen — auch nicht klargestellt. Schwerer Alkoholismus in dem einen Falle, chronische Nephritis mit urämischen Zuständen im anderen lassen die Bedeutung des Traumas recht zurücktreten. Vielleicht spielen, so nimmt W. an, die auf akutes und chronisches Ödem zurückzuführenden Gewebsveränderungen eine ursächliche Rolle bei den gliösen Neubildungen. Die histologischen Befunde werden von allen Interessenten dankbar zur Kenntnis genommen werden. Aber die aus den beiden geschilderten Fällen gezogenen Schlußfolgerungen werden wohl ebenso allgemein als über das Ziel hinausschießend angesehen werden. W. meint, »daß verschiedenartige Reize ‚molekulare Erschütterungen', Erschütterungen mit Blutungen und toxischen Schädlichkeiten einhergehend, auf toxischen Einflüssen beruhende Blutungen unter uns noch völlig unbekannten Bedingungen zu progressiven irritativ-degenerativen Gewebsveränderungen des Zentralnervensystems führen können«. Er glaubt, »daß Blutungen, die zunächst nur leichte, nicht zu direkt bemerkbaren Störungen führende Gewebsveränderungen des

Rückenmarkes zur Folge haben, besonders geeignet sind, progressive krankhafte Prozesse in demselben anzuregen«. Kienböck's kritische Studie über die sogenannte traumatische Syringomyelie, die dem Verf. erst nach deren Abschluß bekannt geworden ist, bestätigt diese Theorie nicht. Aber auch W.'s histologische Schilderung seiner Fälle läßt dem Ref. es nicht erwiesen erscheinen, daß die gefundenen Hämorrhagien in den gliösen Partien auch wirklich das primäre Moment sind, so daß man seine Fälle wirklich als haemato-myelogene Syringomyelien mit Sicherheit ansprechen könnte. **P. Stolper** (Breslau).

16) J. H. Gibbon. Report of a case of penetrating wound of the heart. Unsuccesful attempt at suturing.

(Philadelphia med. journ. 1902. November 1.)

Ein 25jähriger Mann ist halb bewußtlos mit einer Stichwunde durch den 4. Rippenknorpel $^3/_4$ Zoll vom Brustbein entfernt aufgefunden worden. Herzdämpfung nicht vergrößert. Pleurahöhle unverletzt, frei von Blut. Operation etwa $^1/_2$ Stunde nach der Verletzung in Chloroformnarkose. Nach Exzision des 4. Rippenknorpels wird die Herzbeutelwunde leicht gefunden. Herzbeutel mit halbflüssigem Blut gefüllt. Wegen der lebhaften unregelmäßigen Bewegung des Herzens war die Auffindung der Wunde in demselben sehr schwierig. Endlich konnte sie mit dem Zeigefinger gefühlt und zugedrückt werden, worauf die Blutung stand. Bei der nun folgenden Resektion des 3. Rippenknorpels wurde die Pleurahöhle eröffnet. Verschluß dieser Öffnung mit einem Gazetampon. Einführung einer gekrümmten Nadel mit Katgut in den Wundrand. Herzstillstand. Tod.

Bei der Sektion fand sich eine $1^1/_2$ cm lange Wunde in der Wand des rechten Ventrikels, 2 cm vom Septum entfernt, $4^1/_2$ cm unter dem Conus arteriosus. Der Fall ist dadurch ausgezeichnet, daß die Pleura unverletzt war.

Läwen (Leipzig).

17) Burkhardt. Ein Fall von traumatischer Ruptur der Aorta.

(Festschrift für Hofrat Göschel.)

H. Tübingen, Laupp'sche Buchhandlung, 1902.

Bei einem 17jährigen Bäckerlehrling kam die Verletzung dadurch zustande, daß er von den Mischflügeln einer Knetmaschine an der Hand erfaßt und kopfüber in den ca. 140 cm hohen Trog hineingerissen wurde, wobei der Brustkorb fest an die eiserne Wandung desselben angepreßt wurde. Der Tod trat nach einer halben Stunde ein.

Die Sektion ergab neben einem doppelseitigen Hämatothorax ein Hämoperikard. Der wichtigste Befund aber war ein 2 cm langer, die ganze Aortenwand durchsetzender Riß, der, oberhalb der hinteren halbmondförmigen Klappe beginnend, einen bogenförmigen Verlauf nahm. Dabei waren die Ränder leicht zerfetzt. Eine krankhafte Verdünnung der Aorta bestand nicht.

Verf. nimmt an, daß gleichzeitige Zerrung und Kompression die Verletzung bedingten. **Neck** (Chemnitz).

18) J. Bell. Foreign bodies in the vermiform appendix.

(Philadelphia med. journ. 1902. November 15.)

Wirkliche Fremdkörper (keine Kotsteine) finden sich im Wurmfortsatz sehr selten. Sie bleiben völlig symptomlos und werden nur bei einer gelegentlichen Perityphlitisoperation entdeckt, oder sie machen Erscheinungen, die sich von denen der Blinddarmentzündung unterscheiden. Jedenfalls sind sie nicht imstande, eine genuine Appendicitis hervorzurufen. Unter ca. 1000 Perityphlitisoperationen hat B. nur 7mal Fremdkörper gefunden (2mal Nadeln, je 1mal eine Fischgräte, 2 Flachssamen, 2 Gallensteine, ein Apfelgehäuse, einen Spulwurm). Er berichtet über 2 Fälle von Fremdkörpern im Wurmfortsatz, bei denen sich die Symptome und pathologischen Veränderungen der Darmperforation fanden.

Ein 16jähriger Knabe hat einen Stoß gegen den Leib bekommen. Nach 2 Tagen traten Schmerzen im Bauche und Erbrechen auf. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle fand sich im Wurmfortsatz eine Nadel, die die Wand perforiert hatte und zum größten Teil aus der Appendix hervorragte. Ferner fand sich hier ein kleiner Eiterherd. Die Wand des Wurmfortsatzes war, wie die mikroskopische Untersuchung nach der Entfernung desselben zeigte, nicht erkrankt. Da sich herausstellte, daß der Kranke schon vor einem Jahre Schmerzanfälle in der Ileocoecalgegend gehabt hatte, schließt Verf., daß der Fremdkörper schon damals in den Wurmfortsatz gelangt und die Perforation durch den Stoß gegen den Leib verursacht worden war.

Ganz ähnlich lag der 2. Fall. Eine 22jährige Frau erhielt beim Herabsteigen von einem Stuhle von der Lehne desselben einen Stoß gegen den Unterleib. 2 Tage später traten erhebliche Schmerzen im Leibe, am 3. Tage mehrmaliges Erbrechen auf. Die Kranke bot die Symptome einer schweren allgemeinen Peritonitis. Bei der Eröffnung des Bauches in der Mittellinie (etwa 38 Stunden nach Auftreten der ersten Unterleibssymptome) fand sich die ganze Bauchhöhle mit Eiter erfüllt. In der Blinddarmgegend war eine Resistenz fühlbar. Eine hier angelegte zweite Inzision brachte im Wurmfortsatz nahe seinem Ansatze eine Öffnung von der Größe eines Fünfcentstückes zu Gesicht, in der ein facettierter Gallenstein von über $^1/_2$ Zoll Durchmesser lag. Ein kleinerer Gallenstein fand sich noch im Wurmfortsatz selbst. Die Gallenblase und die Gallengänge waren frei. Der Wurmfortsatz wurde entfernt, die Bauchhöhle gereinigt, zunächst drainiert und nach einigen Tagen sekundär genäht. Ein subphrenischer Abszeß, dessen Symptome 3 Wochen nach der ersten Operation auftraten, machte einen zweiten Eingriff nötig. Die Kranke befindet sich auf dem Wege zur Heilung. Mit 13 Jahren hatte sie Schmerzanfälle in der Ileocoecalgegend gehabt, die auf eine Blinddarmentzündung zurückgeführt worden waren. Nach Ansicht des Verf. ist anzunehmen, daß damals die Gallensteine in den Wurmfortsatz gelangt sind. Sie haben also hier 9 Jahre lang gelegen, ohne irgend welche Symptome zu machen. Erst das in der Anamnese erwähnte Trauma hat die Perforation verursacht.

Läwen (Leipzig).

19) H. Christian and L. Lehr. Subphrenic abscess as a complication of appendicitis.

(Med. and surgical reports of the Boston city hospital 1902. 13. Serie.)

Unter den 410 Sektionen des Bostoner städtischen Krankenhauses der letzten 2 Jahre waren 6, bei denen subphrenische Abszesse gefunden wurden, die ihre Ursache nicht in der Appendicitis, sondern anderweitig hatten, 3 waren rechtsseitig (Ulcus ventriculi, Cholecystitis suppur., Typhus), 3 linksseitig (Pyothorax, Cholelithiasis mit Cholangitis suppur. und Pancreatitis haemorrhagica. Dagegen bestanden 7mal subphrenische Abszesse im Verlaufe von Appendiciten, woraus hervorgeht, welch wichtige ätiologische Rolle diese Erkrankung bildet. Während 4mal der rechte subphrenische Raum und 2mal der linke den Sitz des Eiters bildete, waren in einem Falle sogar beide erkrankt. Sämtliche Fälle sind früher operiert worden, doch scheint die Erkrankung des Subphreniums in vivo nicht diagnostiziert worden zu sein. **Scheuer** (Berlin).

20) Butters. Ausgedehnte Thrombose der Pfortader und ihrer Äste bei Appendicitis.

(Festschrift für Hofrat Göschel.)

Tübingen, **H. Laupp**'sche Buchhandlung, 1902.

B. berichtet über einen Kranken, welcher in der chirurgischen Klinik in Erlangen behandelt wurde. Derselbe war unter den Zeichen einer Perityphlitis simplex erkrankt. Während er erhöhten Puls und remittierendes Fieber etwa 18 Tage hindurch hatte, blieb der Lokalbefund immer der gleiche: »Eine kaum fühlbare, undeutliche Resistenz in der rechten Iliacalgrube und Druckschmerzen

daselbst. Leber und Milz nicht vergrößert, auch sonst nichts Krankhaftes nachweisbar.« Vom 18. Tage an trat täglich »Frösteln« auf. Die bald vorgenommene Operation (Prof. Graser) ergab, daß »das Peritoneum glänzend und glatt war, nur am Coecum fanden sich zarte, frisch organisierte Auflagerungen mit zahlreichen erweiterten Gefäßen, in welche der 5 cm lange Wurmfortsatz eingebettet und gegen das Ileum hin fixiert war«. Entfernung des Wurmfortsatzes. An einer Stelle wurde ein Jodoformgazestreifen in die Bauchhöhle eingeführt, im übrigen Schluß der Bauchwunde.

Bald Auftreten von Ikterus, der Kranke erholt sich nicht. Unter Zunahme des Ikterus und Benommenheit trat 3 Tage nach der Operation der Tod ein.

Die Obduktion ergab eine aufsteigende septische Thrombose bis in den Stamm der Pfortader und in die Leberverästelungen hinein (Leberabszesse, Streptokokken). Aus dem im Wurmfortsatz vorhandenen spärlichen Inhalt wurden Streptokokken gezüchtet, so daß ein Zusammenhang zwischen Wurmfortsatzentzündung und der Erkrankung der vom Blinddarm stammenden Venen und der allgemeinen septischen Erkrankung anerkannt werden muß.

Der Wurmfortsatz bot mikroskopisch nur das Bild der einfachen katarrhalischen Entzündung. **Neck** (Chemnitz).

21) **Theilhaber.** Zur Lehre von der Behandlung der tuberkulösen Peritonitis.

(Festschrift für Hofrat Göschel.)
Tübingen, H. Laupp'sche Buchhandlung, 1902.

Verf. berichtet über 3 Fälle von Bauchfelltuberkulose, welche er operiert hat. Bei dem einen Falle bestand neben einem rasch wachsenden Ascites eine ausgedehnte Tuberkulose der retroperitonealen Lymphdrüsen. In einem 2. Falle fand sich bei spärlicher Bauchfelltuberkulose und rasch wachsendem Ascites reichliche Dissemination der Tuberkel im Mesenterium mit Schrumpfung des letzteren. In einem weiteren Falle endlich trat trotz der Tuberkulose des Bauchfelles — hauptsächlich im kleinen Becken — kein Ascites auf.

Diese Beobachtungen brachten Verf. auf den Gedanken, »daß, wenigstens bei einem Teil der Fälle, es weniger die entzündliche Reizung des Bauchfelles sei, die die Exsudation herbeiführe, als die Lokalisation der Tuberkel in der Gegend, die die Äste der Pfortader passieren müssen, im Mesenterium und hinter demselben«. Dadurch würde eine Venenverengerung und als deren Folge Transsudation in den Bauchraum erfolgen. Weiter ist T. der Meinung, daß durch die Operation Verwachsungen gebildet würden mit neugebildeten Venen, und daß so durch Herstellung eines Kollateralkreislaufes erneuter Ascites vermieden würde. Auf die Heilung der Tuberkel habe die Laparotomie »keinen direkten Einfluß«.

Seine Theorie als richtig vorausgesetzt, spricht er sich dahin aus, daß man zur Vermeidung des Wiedereintrittes von Ascites zahlreiche Verwachsungen erzeugen solle im Sinne Talma's.

T. hält deshalb die Laparotomie nur »bei der ascitischen Form der Peritonitis tuberculosa« für indiziert. Bei den übrigen Formen leiste die exspektative Behandlung ebenso viel als die operative.

Er sagt: »Wenn Mesenterium oder mesenteriale oder retroperitoneale Drüsen wesentlich erkrankt sind, werde ich gleichzeitig das Peritoneum parietale abschaben, das Netz an die Bauchwand annähen, event. auch die Drüsen exstirpieren.«

Neck (Chemnitz).

22) **O. Knoop** (Kiel). Beitrag zur Therapie der Nabelschnurbrüche.

(Sammlung klin. Vorträge. N. F. No. 348. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1902.)

Der Abhandlung sind zugrunde gelegt drei in der Kieler Frauenklinik beobachtete und mit Erfolg operierte Fälle von Hernia funiculi umbilicalis. In dem ersten wurde der ausgelöste Bruchsack durch versenkte Katgutnähte eingestülpt und die Bruchpforte geschlossen, im zweiten der Bruchsack abgetragen, das

Bauchfell für sich und sodann die Bauchdecken vernäht, in ähnlicher Weise im dritten Falle verfahren. Alle drei Kinder sind später gestorben; ob ein Bauchbruch eingetreten, ist, ebenso wie die Todesursache, nicht festzustellen gewesen. K. bespricht sodann eingehend die bei Nabelschnurbrüchen in Betracht kommenden Behandlungsmethoden an der Hand der Statistik von Lindfors und später mitgeteilter Fälle und kommt dabei zu folgenden Schlußsätzen:

Bei Verweigerung der Operation, sehr großen Bauchspalten, Komplikation mit anderen tödlichen Mißbildungen und zu ausgedehnten Entzündungserscheinungen ist konservative Behandlung, durch a- resp. antiseptischen Verband, bei den zu großen Spaltbildungen ohne weitere Komplikation Ahlfeld's Operation, event. unter Hinzufügung von seitlichen Entspannungsschnitten, in allen anderen Fällen Laparotomie, beim Verschluß der Bauchwand Schichtnaht in Anwendung zu ziehen. In vereinzelten, ganz unkomplizierten Fällen kann ein Versuch mit Olshausen's Operation, am besten in der Modifikation von Krönig mit isolierter Fasciennaht, gemacht werden. **Kramer** (Glogau).

23) L. Pinatelle. Deux observations de névrose du pylore.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 3.)

Da ähnliche Beobachtungen augenscheinlich sehr selten mitgeteilt sind (vgl. Brunner, dieses Zentralblatt 1901 Nr. 20), so ist P.'s Bericht über 2 Fälle von Jaboulay von besonderem Interesse.

1) Die 32jährige Pat. litt an Hyperchlorhydrie und heftigen Magenschmerzen ohne Erbrechen oder Blutungen. In der Pylorusgegend war eine kleine runde, harte, schmerzlose Resistenz zu fühlen. Es wurde an ein Geschwür am Pylorus ohne wirkliche Stenose gedacht. In der Narkose verschwand die Geschwulst vollständig. Nach Öffnung der Bauchhöhle konnte beobachtet werden, wie der Pylorus bald völlig erschlaffte, bald sich hart kontrahierte. Auch am Antrum pylori zeigten sich Kontraktionen (noeuds de contraction), die ohne peristaltische Fortpflanzung sich wieder lösten. Digitale Dehnung des Pylorus. Pat. gab nach der Operation an, ihre Beschwerden los zu sein.

2) Die 28jährige Nonne litt an hartnäckigem hysterischem Erbrechen. Bei der Laparotomie sah man, wie der Pylorus sich in einem gewissen Rhythmus krampfhaft kontrahierte. Diese Kontraktionen pflanzten sich »als antiperistaltische Wellen«, unter Verkleinerung der Magenhöhle, langsam nach der Cardia hin fort und erloschen, ohne diese zu erreichen. Jaboulay dehnte den Pylorus und massierte den Plexus solaris. Keine Besserung. Pat. konnte sich zur Gastroenterostomie nicht entschließen und ging an Inanition zugrunde.

V. E. Mertens (Breslau).

24) A. Reitzenstein. Ileus infolge von Thrombose der Vena mesenterica.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 6.)

In dem mitgeteilten Falle eines 39jährigen Mannes waren die hervorstechendsten Symptome im klinischen Bilde: 1) Allmähliches Auftreten der Erscheinungen des Schmerzes, der Diarrhöen etc., 2) plötzliches Wiederaufhören des Schmerzes, 3) Mangel eines lokalisierten und allgemeinen Meteorismus, 4) am 3. Krankheitstage auftretende Resistenz in der Gegend des Colon ascendens, 5) Erbrechen von Kot und Blut und heftige blutige Diarrhöen. Kollaps. Die Sektion bestätigte die im Leben gestellte Diagnose eines paralytischen Ileus infolge von Thrombose der V. mesenterica; im Bauche war massenhaft Blut, Dünndarmschlingen infarziert, ebenso Mesenterium, Colon transversum mannsarmdick gebläht. Der verstopfende Thrombus saß an der Übergangsstelle der V. mesent. in die V. portae. Pat. war mit hochgradigen Varicen der Beine und Blase behaftet, so daß der Verdacht auf Thrombose der V. mesent. erregt wurde, zumal eine Invagination ausgeschlossen werden konnte. **Kramer** (Glogau).

25) Neuweiler. Beitrag zur Anwendung des Murphyknopfes bei Magen- und Darmoperationen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Verf. gibt eine umfangreiche geschichtliche Darstellung der Anwendung des Murphyknopfes, in der die ganze europäische Literatur und die hauptsächlichsten amerikanischen Arbeiten über diesen Gegenstand referiert werden. Das Ergebnis dieser Zusammenstellung ist dahin zu fassen, daß der Murphyknopf in Amerika viele, in England und Frankreich dagegen gar keine Anhänger hat. In Italien wird er besonders von Carlo und in Deutschland nur von wenigen der bekannteren Chirurgen — Czerny, v. Mikulicz, Kümmell etc. — häufiger in Anwendung gezogen. Auch unter diesen sind die Anschauungen über den Wert der Methode noch keine einheitlichen, so daß weitere Beiträge zu der Frage nicht überflüssig sind. N. gibt selbst eine Übersicht über 28 Fälle, bei denen der Knopf angewendet wurde. 5mal wurde er am Dickdarm appliziert. Nur einer dieser Pat. starb unmittelbar im Anschluß an die Operation an einer diffusen Perforationsperitonitis, an der der Knopf kein Verschulden trug. Stenosenerscheinungen traten in keinem Falle auf, so daß bei keinem der Operierten eine spätere Verengerung der angelegten Kommunikation konstatiert werden konnte. Unter weiteren 5 Fällen von Knopfanwendung am Dünndarm ist das Instrument wahrscheinlich einmal indirekt Ursache des ungünstigen Ausganges gewesen, da ein nach der Operation aufgetretener Ileus vielleicht mit dem Knopfe in Zusammenhang steht. Die Pylorusresektion wurde 9mal mit Verwendung des Knopfes vorgenommen. 4 Pat. starben daran. Bei den Überlebenden ging der Knopf jedesmal ab, einmal freilich erst nach $^3/_4$ Jahren, aber ohne daß er während dieser Zeit Beschwerden gemacht hätte. Die funktionellen Resultate waren auch bei diesem Kranken, soweit sie vom Knopfe abhingen, gute. Unter 9 Gastroenterostomien ist die Knopfmethode einmal sicher die Ursache des Todes gewesen, da wohl beim Zusammenschieben der beiden Hälften eine Verdrehung der Darmschlinge zustande kam, welche zum Tode unter Ileuserscheinungen führte. Der ungünstige Ausgang bei 3 anderen Pat. dieser Kategorie stand nicht im Zusammenhange mit dem Murphyknopfe, der sich bei den Überlebenden auch bei der Anlegung einer Magen-Darmfistel durchaus bewährte. Von den verschiedenen Methoden der Gastroenterostomie scheint dem Verf. die vordere mit Braun'scher Enteroanastomose die geeignetste zu sein. Bei der letzteren soll die Anwendung eines kleinen Knopfes ganz besonders geringe Gefahren bieten. Dort wo die Gastroenterostomie wegen karzinomatöser Verengerung gemacht wurde, sind Stenoseerscheinungen bis zum Tode nie wieder eingetreten.

Am Schlusse der Arbeit schildert N. die Vorbereitungen zum Eingriff, die Art der üblichen Narkose, die Methode der Nachbehandlung und die Technik der einzelnen Operationen am Magen- und Darmkanal, bei denen die Anwendung des Murphyknopfes in Betracht kommt. Im ganzen unterscheiden sich alle diese Maßnahmen wenig von den allgemein gebräuchlichen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

26) C. Ehrlich. Ein Beitrag zur Kasuistik der Pankreasgeschwülste. (Aus der Gießener chirurg. Klinik.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 9.)

Die mitgeteilten 2 Fälle waren dadurch ausgezeichnet, daß die Erkrankung bei den 57 und 66 Jahre alten Pat. ganz unter dem Bilde einer Pankreascyste aufgetreten war, und daß erst bei der Operation der glatte Oberfläche und flüssigen Inhalt von bräunlicher, seröser bis blutiger Beschaffenheit zeigenden Geschwulst in dem einen Falle ein Endotheliom, im anderen ein Sarkom des Pankreas nachgewiesen werden konnte. Beide Geschwülste hatten, wie die Sektion zeigte, eine ziemlich zentral gelegene, gleichmäßig gebaute Höhle, deren Entstehung entweder durch Zerfall und die damit verbundenen Blutungen in die Geschwulst bedingt sein oder so gedeutet werden konnte, daß primär eine Cyste vorhanden war, in deren Wand sich die Neubildung entwickelt hatte. Der Befund machte

die letztere Annahme wahrscheinlich. Die Fälle geben die Lehre, bei der Diagnose großer Pankreascysten, welche nicht traumatischen Ursprungs sind und bei Leuten im vorgerückten Alter auftreten, die Möglichkeit im Auge zu behalten, bei der Operation eine bösartige Neubildung vorzufinden oder eine solche im Laufe der Nachbehandlung entstehen zu sehen. **Kramer** (Glogau).

27) H. Hochhaus. Pankreasentzündung mit Blutung und Nekrose.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 2.)

In den von H. mitgeteilten zwei Fällen war der anfängliche Verlauf der Krankheit der gewöhnliche: Plötzlicher Beginn mit sehr heftigen Leibschmerzen, Singultus, Erbrechen, Auftreibung des Leibes, Stuhlverhaltung und starke allgemeine Prostration; bemerkenswert war die Lokalisation des Schmerzes in der Gegend unterhalb des Magens, sowohl zu Anfang, als auch während der ganzen Dauer des Prozesses. Der weitere Verlauf in Fall I ergab auch fernerhin kein charakteristisches Symptom, aus dem die Diagnose mit einiger Sicherheit hätte gestellt werden können. Ganz anders lagen die Verhältnisse in Fall II, wo das plötzliche Auftreten von Zucker, Aceton und Acetessigsäure im Urin im Verein mit den anderen Krankheitszeichen über die Erkrankung des Pankreas kaum einen Zweifel ließen. — Veränderungen des Stuhlganges waren bei beiden Fällen nicht zu verzeichnen.

H. bespricht im Anschluß an diese Fälle, denen noch ein dritter, auf Pankreasentzündung verdächtiger, aber nicht zur Obduktion gelangter angereiht wird, die diagnostisch als entscheidend in Betracht kommenden Symptome: den heftigen Schmerz in der Pankreasgegend, eine Resistenz oder Geschwulst ebendaselbst und die Glykosurie. Der Schmerz kann durch seine große Intensität und sein Fortbestehen zu einer Zeit, wo alle anderen Symptome und das ganze Allgemeinbefinden auf eine Besserung der Erkrankung hindeuten, einen wertvollen Anhaltspunkt abgeben; H. führt ihn auf die Zerrung und den Druck zurück, welchen die Gangliengeflechte hinter dem Pankreas durch die Blutung und Entzündung erleiden. Eine Resistenz oder Geschwulst in der Pankreasgegend fehlt in manchen Fällen, bezw. ist infolge der Schwierigkeit der Tastung des aufgetriebenen und schmerzhaften Leibes nicht immer nachweisbar; auch der Urinbefund weist nicht immer Veränderungen auf, so daß die Diagnose meist recht schwierig bleibt. In betreff der Ätiologie der Pankreatitis und der Bedeutung der bei der Autopsie sich präsentierenden Organveränderungen, der Entzündung, Blutung und Fettgewebsnekrose, geben auch H.'s Fälle keine aufklärenden Momente.

Kramer (Glogau).

28) A. Mouchet. Un cas curieux de difformités congénitales multiples.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 20.)

Der 46jährige Schuhmacher weist folgende angeborene Störungen auf: Doppelseitige Hüftverrenkung nach hinten oben, beiderseitige Verrenkung des Radiusköpfchens nach hinten, Verrenkung beider Ulnae am unteren Ende nach hinten, unvollkommene Luxatio sternalis des rechten Schlüsselbeines. Außerdem fehlt dem Pat. das linke Bein, das im 38. Lebensjahre im Oberschenkel amputiert worden ist. Die Amputation wurde notwendig wegen schwerer Infektion im Anschluß an die Vereiterung von Hygromen, die sich an dem ebenfalls angeborenen linken Klumpfuß entwickelt hatten. Zur Vervollständigung dieses Museums von Deformitäten kommt noch eine erworbene, sehr ausgesprochene rechtsseitige Kyphoskoliose und anatomische und funktionelle Störungen beider Hände, welche vom Verf. als neuritische aufgefaßt werden. **W. Sachs** (Mülhausen i/E.).

29) O. Benda. Zur Ätiologie des Schulterblatthochstandes. (Aus der Universitäts-Poliklinik für orthopädische Chirurgie zu Leipzig.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 7.)

Wie der angeborene Schulterblatthochstand eine Folge verschiedener pathologischer Prozesse, intra-uteriner Belastungsdeformität, eine fötale Hemmungs-

bildung oder die Folge angeborenen Muskel- (Cucullaris) Defekts sein kann, so ist auch der erworbene nur als ein Symptom anzusehen, welches im Gefolge vieler pathologischer Vorgänge auftreten kann. Den bisher bekannt gewordenen Fällen dieser letzteren Form, welche auf Rachitis in den ersten Lebensjahren zurückzuführen waren oder in einer wahrscheinlich entzündlichen Schrumpfung des Levator scapulae ihre Ursache hatten, reiht B. einen neuen an, in welchem eine Ankylose des Schultergelenks Schulterblatthochstand hinterlassen hatte. Der untere Winkel des letzteren steht $3^1/_2$ cm höher wie auf der gesunden Seite und springt etwas nach hinten vor; das ganze Schulterblatt ist etwas gehoben und um seine sagittale Achse gedreht. Bei Abduktion des Armes dreht es sich, mit ihm fest verbunden, in seine ursprüngliche Lage zurück und steigt gleichzeitig herab; bei Abduktion von 40° stehen beide Schulterblätter wieder parallel und gleich hoch.

Kramer (Glogau).

30) **P. Sick.** Über angeborenen Schulterblatthochstand.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 566.)

S. berichtet über zwei einschlägige Fälle aus der Kieler Klinik, von welchen der eine doppelseitig war. Muskelanomalien waren nicht vorhanden, wohl aber erhebliche Formänderungen der betreffenden Schulterblätter, Verlängerung desselben, Verbreiterung an der Wurzel der Spina und Exostosenbildung am oberen medialen Ende. Besonders hervorzuheben ist in beiden Fällen ferner eine Spaltbildung im Bereich der Hals- und oberen Brustwirbel, die im Röntgenbilde als Aufhellung des Knochenschattens deutlich nachweisbar ist. Dazu besteht in Fall 2 ein abnormer Haarwuchs vom 2. Lendenwirbel bis zum Kreuzbein, ähnlich wie er bei Spina bifida occulta nicht selten vorkommt, während in Fall 1 der angeborene Schulterblatthochstand in der Familie der Pat. erblich zu sein scheint.

Befunde wie diese sind bei der Krankheit nicht selten erhoben und weisen auf fötale Entwicklungsstörungen als den eigentlichen Krankheitsgrund hin, und zwar handelt es sich wahrscheinlich um einen fehlenden »Descensus scapulae«. Es liegt nahe, während der ersten Fötalmonate zu enge Amnioneinschnürung, eine Erhaltung des Kopfteiles in Rückwärtskrümmung oder ähnliche mechanische Ursachen anzunehmen. Diese zuerst von Kirmisson gegebene Erklärung der Affektion als eine Hemmungsbildung ist, wie S. ausführt, durch hierfür sprechende Befunde bei ca. $^2/_3$ aller bislang beschriebenen Fälle gestützt. Auch der Cucullarisdefekt, der in einigen Fällen beobachtet ist, und in dem von anderer Seite die Ursache des Schulterblatthochstandes gesehen wurde, könnte als nur fakultative Teilerscheinung der Hemmungsbildung am Wirbel-Schulterblatt gedeutet werden. Interessante Photogramme und die Röntgenbilder der Pat. sind beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

31) **Schwartz.** Luxation habituelle du nerf cubital.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 4.)

S. meißelte eine Furche für den Nerv und fixierte ihn darin. Die Beschwerden hörten auf.

V. E. Mertens (Breslau).

32) **C. W. Baum.** Zum Mechanismus der Luxation im unteren Radioulnargelenk.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 645.)

In die Kieler Klinik kam ein 44jähriger Arbeiter, dem, als er in gebückter Stellung mit beiden Händen einen Stein umfaßte, um ihn zu heben, ein anderer schwerer Stein gegen den rechten Unterarm gefallen war. Resultat: außer einer kleinen Wunde am Handrücken eine volare Dislokation des Ulnaköpfchens, wodurch der Querdurchmesser des unteren Vorderarmendes verkleinert, sein Tiefendurchmesser verbreitert war; deutliche Tastbarkeit des Ulnaköpfchens an der abnormen Stelle. Die Röntgenbilder (s. Original) entsprechen der äußeren Untersuchung, zeigen außerdem noch einen Abbruch des Processus styloideus ulnae.

In Narkose leichte Reposition durch Extension der Hand mit Gegenzug am Ellbogen, dann Radialflexion und schließlich starke Beugung. Die Entstehung der Verrenkung in diesem Falle ist auf direkte Gewalt, bedingt durch den auffallenden Stein, welcher den in Flexion stehenden Vorderarm traf, zurückzuführen.

Dem eigenen Falle fügt B. Allgemeinerörterungen über die Mechanik dieser unteren Ulnaverrenkungen hinzu und kommt dabei zu von den herrschenden, auf Malgaigne zurückzuführenden Theorien, nach welchen die volare Verrenkung durch extreme Supination, die dorsale durch Pronation der Hand zustande kommt, abweichenden Resultaten. Mit Berücksichtigung der neueren Kasuistik und Literatur faßt B. seine Ansicht wie folgt zusammen: »Als Ursache für die Luxation im unteren Radioulnargelenk muß an erster Stelle die direkte Gewalt genannt werden. Die bisherige Annahme, daß die volare Dislokation durch extreme Supination, die dorsale durch Pronation zustande komme, läßt sich nach der experimentellen Nachprüfung nicht halten. Eine Drehung, die die Hand angreift, kann, wenn sie überhaupt wirksam ist, nur im umgekehrten Sinne wirken. Vielmehr wird die indirekte Gewalt hauptsächlich dann in Betracht kommen, wenn die luxierende Bewegung vom Vorderarme ausgeführt wird, während die Hand den festen Stützpunkt bildet, um den die Drehung stattfindet. Wenn es auch nicht gelungen, experimentell auf diesem Wege die Verrenkung hervorzurufen, so spricht doch für diese Art der Entstehung die wenn auch geringe klinische Erfahrung. Wahrscheinlich spielen daneben noch andere Momente, in erster Linie direkter Druck eine Rolle, die den Mechanismus komplizieren. Darauf deutet unter anderem der negative Ausfall der Leichenversuche.«

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

33) **Cnopf.** Über Madelung's spontane Subluxation des Handgelenks nach vorn.

(Festschrift für Hofrat Göschel.)

Tübingen, **H. Laupp'**sche Buchhandlung, 1902.

Bei einem $14^1/_2$ Jahre alten Mädchen wurde seit $2^1/_2$ Jahren ein abnormes Vorspringen des Handgelenkendes der rechten Ulna beobachtet. Ohne Beschwerden und ohne belästigende Störung in den Bewegungen des Handgelenks nahm die Formveränderung allmählich zu. Das Kind hatte keinerlei Arbeit verrichtet, auch nie ein Trauma erlitten. Rachitis bestand nicht. Nach 2 Jahren war der Handrücken etwa 1,5 cm nach der Vola verlagert. Das untere Ende der Ulna ragte hakenförmig auf der Streckseite der Hand hervor. Das untere Radiusende trat nur wenig hervor, und war hier durch Tastung kein sicherer Aufschluß über das Lagerungsverhältnis zwischen Radius und Carpus zu gewinnen. Die Handwurzel erschien im ganzen nach der Hohlhand zu und aufwärts verrenkt. Am stärksten war die Dorsalflexion behindert — sie gelang halbsoweit wie links — die Plantarflexion weniger. Die Verlagerung der Hand ließ sich durch Zug oder Druck nicht ausgleichen.

Unter gleichzeitiger Verwertung von Röntgenbildern wurde festgestellt, daß die Ulna am oberen Ende eine Krümmung in zwei Ebenen, gegen den Radius zu konvex und dorsalkonvex und am unteren Ende eine Achsendrehung von etwa 90° zeigte. »Der Radius zeigte im oberen Drittel eine kürzere, dorsal konkave Krümmung.« Über die unteren $^2/_3$ desselben erstreckte sich eine mäßige volarkonkave Ausbiegung. Am unteren Ende nahe der Gelenkfläche bestand eine »Art volarer Knickung« (volarwärts und in leichterem Grade ulnarwärts), so daß »die Gelenkfläche des Radius stark nach der Vola und schräg gegen die Ulna« sah und »der volare Anteil des Gelenkflächenrandes des Radius als leicht palpable Leiste an der Volarseite des Handgelenkes zu fühlen war«. Auf der Ulnarseite bestand Luxation des Os pyramidal. volarwärts und aufwärts, auf der Radialseite war eine Luxation zwischen Carpus und Radius nicht vorhanden.

Während Madelung am Radius eine Luxation zwischen diesem und der Handwurzel annimmt, stellen Delbet und Duplay eine solche in Abrede und

nehmen nur eine Verbiegung des Radius bei der Entstehung der sogenannten spontanen Luxation des Handgelenkes an. C. stellt sich für seinen Fall auf die Seite von Delbet und Duplay, ist aber mit Kirmisson der Ansicht, daß wohl beide Möglichkeiten der Entstehung angenommen werden müssen.

Neck (Chemnitz).

34) L. Freiherr v. Lesser. Über die Luxation des Os lunatum carpi.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 488.)

Die Abhandlung knüpft an einen Fall an, welcher einen Geistlichen betrifft, der, bei einer Hochgebirgstour abgestürzt, außer anderen Verletzungen eine Mondbeinverrenkung erlitten hatte. Der verrenkte Knochen, in der Vola stark vorstehend, bewirkte ein Beugungshindernis am Daumen und Zeigefinger, sowie nervöse Störungen im Medianusgebiet, weshalb er ca. $1^1/_2$ Jahre nach der Verletzung exstirpiert wurde, und zwar mit gutem Erfolge. Der Knochen, welcher eine Drehung um 90° erfahren hatte, steckte zwischen Radius und Ulna und war besonders mit der Ulna stark narbig verwachsen. v. L. erörtert die zur Aufklärung des Mechanismus dieser Verrenkung aufgestellten Theorien und weist nach, daß sie bei forzierter Dorsalflexion im Handgelenk nur durch Hebelwirkung entstehen könne. Anders lautende Erklärungen sind abzuweisen. Näheres siehe in dem durch einige Skizzen von Röntgenbildern illustrierten Original.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

35) Nicoladoni. Weitere Erfahrungen über Daumenplastik.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

N. hat zum zweiten Male Gelegenheit gehabt, eine Daumenplastik aus der zweiten Fußzehe nach der von ihm angegebenen Methode zu machen. Auch in diesem Falle ist es nicht gelungen, einen aktiv beweglichen Daumen zu erzielen, dagegen gelang es, eine reichliche Ernährung durch einen breiten Basislappen herzustellen und die Zehe frei von jeder Nekrose zu erhalten. Der neue Daumen besitzt ein tadelloses Nagelglied. Die Sensibilität ist in beiden operierten Fällen zurückgekehrt. Bei dem früher beschriebenen Pat., einem Kinde, ist in den verflossenen Jahren kein Wachstum des transplantierten Daumens erfolgt, so daß er um fast $^1/_2$ cm Länge hinter dem anderen Daumen zurückgeblieben ist. Die Gebrauchsfähigkeit des neuen Gliedes ist jedesmal eine sehr befriedigende geworden.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

36) Riehl. Über eine ungewöhnliche Karzinomform.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

R. beobachtete bei einem 48jährigen Manne sehr ausgedehnte Ulcerationen in beiden Leistenbeugen, welche in $^3/_4$ Jahren entstanden waren; sie waren bis 7 cm tief und über dem Mons veneris hin verbunden durch eine schmalere ulcerierte Fläche; es erstreckte sich also ein gewaltiges Geschwür von einer Spina iliaca anterior superior quer hinüber zur anderen; auch am Hodensack und an der Penishaut fanden sich Geschwüre, ferner auf der Bauchhaut und an der Vorderseite beider Oberschenkel. Die mikroskopische Untersuchung von exzidierten Randstückchen ergab überraschenderweise Karzinom mit Stachelzellen. Die Ulcerationen entstanden in der Weise, daß erst eine Anschwellung auftrat, welche nachher die Haut durchbrach. Bei der Autopsie fanden sich noch zwischen den Muskeln der Vorderfläche der Oberschenkel Cysten mit wasserklarem Inhalt; ihre Wand bestand aus krebsigem Gewebe. Diese merkwürdigen Cysten verdanken ihren Ursprung nicht etwa einem Zerfall von Karzinomknoten, sondern sie sind offenbar entstanden durch fortschreitende karzinomatöse Wucherung längs der Lymphgefäße, deren Wand, von Karzinommassen eingehüllt, durch die bestehende Lymphstauung ausgebaucht sind. Die Lymphstauung entstand durch tiefes Wuchern des Karzinoms um die Schenkelgefäße, welche Wucherung sich an den Gefäßen

entlang bis ins Becken erstreckte. An den inneren Organen fanden sich keine Metastasen.

Der Fall ist so aufzufassen, daß das primäre Karzinom in der Haut der rechten Leistengegend entstand, in ganz ungewöhnlicher Ausdehnung um sich fraß, in der Haut des Bauches und der Oberschenkel Metastasen setzte und durch Entlangwachsen an den Lymphgefäßen in den Oberschenkelmuskeln die Cysten bildete.

Haeckel (Stettin).

37) **C. Nicoladoni. Über die Bedeutung des Musculus tibialis posticus und der Sohlenmuskeln für den Plattfuß.**

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 348.)

In einer früheren Arbeit (cf. dieses Blatt 1902 p. 782) hatte N. für Entstehung des Plattfußes neben der Insuffizienz der fußspannenden Sohlenmuskeln derjenigen des Tibialis posticus eine ausschlaggebende Bedeutung vindiziert und hierauf basierende tenoplastisch-operative Behandlungsvorschläge entwickelt. Jetzt widerruft N. diese Theorien auf Grund einer Beobachtung an einem Jungen mit Kinderlähmung, dessen tiefe Unterschenkelmuskeln, also gewiß auch der Tib. post., sämtlich lahm waren, und der doch keinen Plattfuß bekommen hatte, weil die Gegenleistung seiner unversehrt gebliebenen Sohlenmuskeln völlig imstande war, dem Zuge des Triceps surae an der Ferse das Gleichgewicht zu halten. Demgemäß ändert er auch seine therapeutischen Vorschläge. Die Maßnahmen zu einer energischeren Kraftentwicklung seitens des Tib. post., die Überpflanzung der Hälfte der Achillessehne an ihn oder die Verkürzung seiner Sehne sieht er nicht mehr als rationell an, schlägt jetzt vielmehr vor, was er früher ablehnte, die temporäre Ausschaltung der Achillessehne derart, daß sie getrennt und ihr proximaler Stumpf für längere Zeit unter die tiefe Suralfascie verlagert werden soll, um eine Wiedervereinigung vorläufig hintanzuhalten. Wiedernaht der Sehne soll erst dann folgen, wenn die nun völlig frei funktionierenden Sohlenmuskeln eine dem Pes calcaneus entsprechende Fußform hervorgebracht haben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

38) **F. Lange** (München). **Neue Plattfußeinlagen aus Celluloid-Stahldraht.**

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 7.)

Die von L. in den letzten 5 Jahren erfolgreich angewandten Plattfußeinlagen werden nach einem die Form des redressierten und belasteten Fußes in genauester Weise wiedergebenden Gipsmodell (s. Referat in diesem Blatte 1897 p. 1181) hergestellt. An die Stelle des Fußgewölbes wird zuerst ein entsprechend zugeschnittenes Stück Filz befestigt; dann kommt über die ganze Fußsohle eine Lage Längsgurte, welche auf beiden Seiten mit Celluloid-Acetonlösung bestrichen wird, darüber ein längs- und zwei querlaufende und hakenförmig umgebogene, 2 mm starke Stahldrähte und endlich eine Lage Quergurte, welche wieder dick mit Celluloidlösung bestrichen und möglichst angeglättet werden. Um das Anliegen zu erleichtern, umwickelt man die Einlage mit stärkstem Garn und läßt sie dann gut trocknen, wonach sie auf beiden Seiten mit dünnstem Glaceleder überzogen wird. Die Einlagen zeichnen sich durch ihre Leichtigkeit (15—20 g für Kinderfüße, 40—80 g für Erwachsene) und Haltbarkeit aus und gestatten nachträgliche Änderungen an ihrem Gewölbteile durch Hinzufügen oder Entfernen einer Filzschicht; die Umbiegung der Querdrähte an der Außenseite verhindert ein Abrutschen des Fußes nach außen.

Kramer (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 22. Sonnabend, den 30. Mai. 1903.

1) Jerzabek. Samariterbuch für die Angehörigen der bewaffneten Macht.

Wien, **Josef Šafář,** 1902. 233 S.

Verf. will mit seinem Buche dem nichtärztlichen Publikum, in erster Linie den Offizieren und Unteroffizieren, eine Anleitung zur ersten Hilfeleistung bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen geben. In acht Kapiteln werden Krankenpflege und -Wartung, Verletzungen durch äußere Gewalteinwirkung und Einwirkung großer Hitze oder Kälte, Fremdkörper, Erstickung, Marschkrankheiten, plötzliche Geistesstörungen, krampfartige Zustände, Vergiftungen, Kranken-

transport besprochen. In klarer, leicht verständlicher Schreibweise wird in jedem Kapitel alles Wissenswerte berücksichtigt. Jeder für den Laien überflüssige wissenschaftliche Ballast ist vermieden. Sehr geschickt wird dem Leser überall eine Menge praktisch wichtiger Handreichungen und -Griffe geboten und namentlich die Improvisationstechnik in mustergültiger Weise behandelt. 216 gute Abbildungen erleichtern das Verständnis.

Das Büchlein stellt sich den besten, die bisher auf diesem Gebiet erschienen sind, ebenbürtig an die Seite, und verdient auch bei dem nichtmilitärischen Publikum weite Verbreitung. Sehr geeignet erscheint es als Leitfaden bei Unterrichtskursen.

Kleinschmidt (Kassel).

---

2) **F. Gumprecht.** Die Technik der speziellen Therapie. III. Auflage.

Jena, **Gustav Fischer,** 1903.

Die III. Auflage, die in so kurzer Zeit erschienen, zeigt, wie mit Recht das Buch sich einer großen Beliebtheit erfreut. Es finden sich zahlreiche Nachträge und Veränderungen. Neu sind die Kapitel Brustschnitt, Lokalanästhesie und Narkose. Infolgedessen hat sich der Umfang des Buches um drei Bogen vermehrt. Auch die Abbildungen sind um 23 vermehrt, einige ältere sind fortgelassen. Es ist sicher, daß sich das für den Praktiker so wertvolle Buch auch in seiner neuen Auflage zahlreiche Freunde erwerben wird, gibt es doch in kurzer klarer Weise eine Übersicht über nahezu sämtliche Encheiresen der Medizin.

Borchard (Posen)

---

3) **A. Velich.** Über Wiederbelebungsversuche.

(Časopis lékařů českých 1902. Nr. 50.)

Autor empfiehlt zur Wiederbelebung bei plötzlichem Herzstillstand ein Verfahren, welches Spina zur Erhaltung des Blutkreislaufes bei Tieren benutzt, deren Blutdruck ein sehr niedriger und deren Herzaktion schwer geschädigt ist. Das Verfahren ist eine Modifikation der Methode von Langendorff, nur wird nicht in die Aorta, sondern in eine periphere Arterie injiziert und zur Injektion kein defibriniertes Blut, sondern physiologische Kochsalzlösung benutzt. Man injiziert in zentripetaler Richtung; die injizierte Flüssigkeit treibt eine Blutsäule bis in die Aorta vor sich her, deren halbmondförmige Klappen schließen aneinander, das Blut muß in die Kranzarterien eindringen und das Herz beginnt zu pulsieren. Das Verfahren bewährte sich bei Tieren, die des ganzen Zentralnervensystems beraubt waren oder deren Herz durch Alkohol oder andere Gifte schwer geschädigt war.

G. Mühlstein (Prag).

---

4) **M. W. Ware** (New York). The roll of the bacillus proteus vulgaris in surgery.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Rolle, welche der Bacillus proteus vulgaris bei den verschiedenen eitrigen und septischen Prozessen gelegentlich spielt.

W. fand in einem Abszeß unter der Zunge, welcher schwere Allgemeinerscheinungen machte, wie Ikterus, Leber- und Milzschwellung, neben dem Streptokokkus sehr vertreten den Bacillus proteus vulgaris. Anschließend an diesen Befund hat er die ganze Literatur, welche sich mit diesem Saprophyten beschäftigt, durchmustert und insbesondere sein Vorkommen und seine Tätigkeit in der Chirurgie einer kritischen Besprechung unterzogen.

Danach ist der Bacillus proteus vulgaris bei den verschiedensten eitrigen Erkrankungen gefunden worden, so bei einer putriden Phlegmone des Vorderarmes nach einer Infektion am Kadaver (Hauser), bei einem Panaritium (Brunner), bei einem Unterschenkelgeschwür (Karlinski), in einem alten osteomyelitischen Herd (Bernacchi), bei einer Periostitis mandibulae bei Weil'scher Krankheit (Pfaundler), bei septischer Pleuritis nach Abort (Charrin), bei septischer Diphtherie mit besonders ausgedehnter Nekrose (Kuhnau), in Fällen von Cystitis (Wreden, Melchior) und vielen anderen.

In seinen Schlüssen geht W. nicht so weit wie Schnitzler u. a., welche sagen, daß der Bacillus proteus vulgaris allein, ohne Gegenwart anderer Eiterungen, imstande ist, eitererregend zu wirken, sondern weist ihm nur eine sekundäre, wenn auch deshalb nicht weniger wichtige Rolle zu. Er spricht sich daher dahin aus, daß der Streptokokkus (der häufigste Begleiter des Proteus) die Widerstandsfähigkeit des Körpers derartig herabsetzt, daß der Proteus vulgaris bei erhöhter Virulenz auf die Gewebe pathogen wirken und sogar eine Allgemeininfektion unter dem Bilde der Weil'schen Krankheit (infektiöser Ikterus) hervorbringen kann.

Eine solche Wechselwirkung des Streptokokkus und Proteus hält auch Hauser für vorliegend, welcher das Verhalten bei einer Symbiose folgendermaßen schildert: der Streptokokkus macht Nekrose; diese tote Materie begünstigt das Wachstum des Proteus vulgaris, dessen Gift wiederum die Gewebe derartig alteriert, daß sie dem Einflusse der Streptokokken geringeren Widerstand entgegensetzen.

Seefisch (Berlin).

---

5) **Wildiers.** Le pouvoir antiseptique du sublimé corrosif et du sulfate de mercure éthylène diaminé dans la desinfection des mains.

(Ann. et bull. de la soc. de méd. d'Anvers 1902. November.)

Auf Grund zahlreicher Versuche kommt W. zu folgenden Schlüssen:
1) Von allen Methoden der Händedesinfektion ist die sicherste

die von Fürbringer: Waschung mit Seife und Bürste, Alkohol, antiseptische Lösung.

2) Sublimat 1‰ ist bei weitem besser als Sublamin (Quecksilbersulfatdiamin).

3) Das Sublimat muß mindestens 4 Minuten in Kontakt mit den Händen sein.

4) Die besten Sublimatpastillen sind die mit Acidum tartaricum zu gleichen Teilen versetzten, weil sie die Blutalbuminate nicht ausfällen und den Händen ein Gefühl von Eingeriebensein mit Fett oder Salbe verleihen.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

---

6) **Torella.** Du fluorure d'argent (Tachyol) et de ses applications therapeutiques.

(Note présentée au 1er Congrès Egyptien de méd. dans la séance du 20 déc. 1902.) Alexandrien, 1903.

Verf. rühmt dem von Perez (Policlinico 1902) näher studierten und von Durante praktisch verwerteten Fluorsilber eine stark antiseptische und zugleich für die Gewebe reizlose Wirkung nach. In Lösungen von 1 : 5000 bis 1 : 1000 hat es ihm bei infektiösen Prozessen des vorderen Auges, des Uterus, bei Urethritis posterior gonorrhoica, bei infizierten Wunden etc. stets gute Dienste getan.

A. Most (Breslau).

---

7) **Wanach.** Über die Bruns'sche Airolpaste.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1902. Nr. 40.)

W. tritt warm für die Anwendung der Airolpaste ein, die in vielen Fällen einen umfangreichen Verband ersetzt. Stichkanaleiterungen gehören zu den größten Seltenheiten; die Paste trocknet mit der Watte und dem etwa durchgesickerten Blut zu einer festen Platte ein, die aber hygroskopisch bleibt, im Gegensatz zum Kollodium, das wegen seiner Undurchlässigkeit unbrauchbar ist. Sie hat sich besonders da bewährt, wo Bindenverband nicht vor sekundärer Infektion schützt: bei Wunden in der Nähe der Körperöffnungen (Mund, Nase, Ohren, After, Harnröhre), bei Wunden in schwer zu reinigenden Körpergegenden (Leistengegend, Achselhöhle, behaarte Kopfhaut) und an solchen Teilen, wo sich ein gutsitzender Bindenverband kaum anbringen läßt (Penis).

Haeckel (Stettin).

---

8) **Meyer.** Zur Antisepsis in der Chirurgie und Geburtshilfe.

(Allgemeine med. Zentral-Zeitung 1902. Nr. 101.)

Auf der Suche nach antiseptischen Mitteln, welche frei von den schädlichen Nebenwirkungen der bisher üblichen Antiseptika sind, ist man in neuester Zeit auf gewisse, vorzugsweise ätherische Öle aufmerksam geworden. Unter ihnen ist das durch trockene Destillation des sog. Bienenkittharzes gewonnene Propolisin imstande, nach 2 Minuten langer Einwirkung Streptokokken, nach 3 Minuten Fäul-

nisbakterien abzutöten; Milzbrandsporen werden bei 22° C. durch eine 6%ige Emulsion in 10 Stunden vernichtet. M. hat sich für seine Versuche verschieden starke Propolisin-Vasogenlösungen hergestellt und ist zu folgendem Resultat gekommen:

Das Propolisin-Vasogen ist ungiftig; auf die offene Wunde wirkt es nicht reizend, sondern im Gegenteil schmerzlindernd. Es ist wasserlöslich. Es überzieht Hände, Instrumente etc. mit einem geschmeidigen, impermeablen antiseptischen Überzuge. Die Epidermis durchdringt es bis in die tiefen Schichten und entfaltet noch dort seine Wirksamkeit. Für den allgemeinen Gebrauch werden 15—25ige Lösungen empfohlen.

Auf Grund seiner Erfahrungen bezeichnet M. das Propolisin-Vasogen als das »zur Zeit wirksamste, unschädlichste, vielseitigste, bequemste und billigste Antiseptikum«. **Kleinschmidt** (Kassel).

---

9) **Lexer.** Über die örtliche Behandlung der chirurgisch wichtigen Infektionen.

(Therapie der Gegenwart 1903. Nr. 1.)

L. trifft eine Einteilung in drei Gruppen:

1) Toxische Wundinfektionen, wo die eingebrachte Giftmenge im Körper nicht mehr vermehrungsfähig ist. Typus: Schlangenbiß. Zur Verhinderung der Resorption solcher Gifte ist die von den Laien angewandte Umschnürung eine schätzenswerte Unterstützung der ärztlichen Eingriffe, die in großen, dem Gift Abfluß verschaffenden Einschnitten zu bestehen haben. Dieselben sind sicherer als subkutane Einspritzung neutralisierender Substanzen.

2) Bakterieninfektionen, welche zu schwerer Allgemeinerkrankung führen können, ohne daß dies die unbedingten Folgen dieser Infektionen sind: Milzbrand und alle durch Eiter- und Fäulniserreger erzeugten Wundinfektionen. Beim Milzbrandkarbunkel ist von jeglichem Eingriff abzuraten, da durch Eingriffe leicht eine Allgemeininfektion herbeigeführt werden kann. Akute Eiterungen dagegen sind mit Inzisionen zu behandeln, da so wie so stets eine gewisse Menge Erreger in die Blutbahn gelangen. Es ist nur darauf zu achten, daß nicht durch forcierte Eingriffe (Kratzen, Reißen, Bohren) eine plötzliche Resorption größerer Mengen geschieht. Der Inzision folgt die Einlegung eines trockenen Tampons, der die infektiösen Stoffe aufsaugt und gleichzeitig die Blutung stillt. Erst in der Nachbehandlung ist die feuchte Kompresse angebracht, unter deren Wirkung — dasselbe gilt auch von Salben — sich nekrotische Fetzen leichter abstoßen. Wendet man bei entzündlichen Prozessen von vornherein feuchte Verbände an, beschleunigt man nur die Bildung von Eiter.

3) Infektionen, deren Folge stets eine allgemeine Gift- oder Bakterienverbreitung und -vermehrung im Körper ist: Tetanus, Lyssa,

Rotz. Bei Tetanus und Lyssa muß neben der Serumbehandlung so schnell wie möglich eine örtliche Behandlung (Exzision, Amputation) Platz greifen, die hier bessere Aussichten auf Erfolg bietet, als beim Rotz. Bei letzterem muß man sich meist mit Spaltung der metastatischen Abszesse begnügen, wobei jedoch mechanische Reizungen, wie Auskratzen etc., zu vermeiden sind, da dadurch leicht die Resorption beschleunigt wird.

Silberberg (Breslau).

10) **Wex.** Neueres über die Sauerstoff-Chloroformnarkose.

(Korrespondenzblatt des allgem. mecklenb. Ärztevereins Nr. 231.)

Unter Beziehung auf einen früheren Vortrag (siehe Referat d. Zentralbl. 1902 p. 1083) bespricht W. kritisch den inzwischen von Wohlgemuth, Michaelis und Falk gegen den Roth-Dräger'schen Apparat erhobenen Angriff, daß in demselben das Chloroform durch den O-Strom zersetzt werde. Er hält dem andere Untersuchungen entgegen, welche beweisen, daß das dem Pat. zugeführte Gemisch absolut einwandsfrei ist und führt die gegnerischen Angaben auf ein Konkurrenzmanöver zurück. Er bespricht und demonstriert sodann die von Roth in diesem Zentralbl. 1902 Nr. 46 veröffentlichte Verbesserung, durch welche eine Vereinigung des Chloroforms und Sauerstoffs erst im Augenblick des Gebrauches stattfindet, und durch welche die Dosierung des Chloroforms den höchstmöglichen Grad der Vollkommenheit erreichen soll.

Langemak (Rostock).

11) **Brownrig.** Cerebral syphilis.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Januar 22.)

Als Ursache der Hirnsyphilis sieht Verf. auf das Gehirn wirkende äußere oder innere Schädlichkeiten an. Endarteriitis ist für die Krankheit nicht charakteristisch, kommt auch sonst vor, findet sich aber gerade bei Syphilis am häufigsten. Durch die Endarteriitis entstehen anämische und ischämische Stellen und später Degenerationsherde; die Gummigeschwülste sind erzeugt durch die reizenden und entzündungserregenden Eigenschaften des die Syphilis erzeugenden Mikroben. Durch die Giftstoffe, die sie erzeugen, wird lokomotorische Ataxie und Parese erzeugt. Nervendegenerationen, wie sie bei Syphilis gefunden werden, entstehen nicht durch Hg-Behandlung. Einen Schulfall von Hirnsyphilis, der tödlich endete, beschreibt Verf. genau an Stelle einer eingehenden Schilderung der Symptome und des Verlaufs. Die Diagnose ist oft sehr schwierig, eine Gefahr liegt im Übersehen einfacher, dauernder Kopfschmerzen und Schwindelanfälle. Zur Erleichterung der Diagnose dient die Beachtung folgender Zustände: Kopfschmerz und Schwindel, Erbrechen, Neuritis optica, Hirnnervenlähmungen oder -Paresen, apoplektiforme Anfälle oder schubweise Somnolenzanfälle mit partiellen Hemiplegien, Reizbarkeit und geistige Schwäche, Polyurie und -dipsie, wenn alle diese Symptome gleichzeitig einen auffällig remittierenden Charakter

und Veränderlichkeit zeigen. Die Prognose richtet sich nach der Zeit des Auftretens: je früher, je besser. Die Behandlung soll im allgemeinen eine gemischte sein, Vermeidung aller Schädlichkeiten für das Hirn, sowohl äußerlicher wie geistiger, ist notwendig. Die medikamentöse Behandlung soll hauptsächlich Jodkali berücksichtigen; manchmal nützt auch dieses nicht, namentlich bei den Spätfällen, sondern soll manchmal den Krankheitsverlauf beschleunigen.

Trapp (Bückeburg).

---

12) H. Caboche. De la hernie cérébrale dans les interventions intra-craniennes dirigées contre les otites moyennes suppurées.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1902. Nr. 4.)

Bei der wachsenden Bedeutung, die der Hirnvorfall mit der Zahl der Hirnpunktionen zu Abszeßentleerungen oder zu diagnostischen Zwecken für den Otologen gewinnt, ist es sehr dankenswert, daß C. die über diese wichtige Komplikation vorliegenden Kenntnisse gesammelt hat. Seine Resultate sind zum Teil von speziellem Interesse für den Otologen, wie z. B. das Verhältnis der Hernien zu den Mittelohrräumen, zum Teil sind sie auch für den Chirurgen wichtig. Über die letzteren berichte ich kurz.

Nach C. kommen als Ausgänge des Hirnvorfalls in Betracht: Gangrän (selten), Blutung aus einem größeren Gefäß (selten) und Heilung (bei 8 von 11 publizierten Fällen). Für die Entstehung der Hernie macht C. mit anderen Autoren in erster Linie entzündliche Prozesse in der Hirnsubstanz verantwortlich, seltener spielen mechanische Momente eine Rolle. Anscheinend tritt nach der Operation abgekapselter Abszesse weniger leicht Prolaps auf, als bei solchen ohne Kapselmembran.

Nach C.'s Beobachtung tritt ein Vorfall ebenso oft nach kleiner, als nach ausgiebiger Inzision der Dura ein. Nach negativer Probeinzision soll man die Hirnhaut nähen. Therapeutische Eingriffe (Abtragung, Repositionsversuche, Ligatur) sind als gefährlich zu verwerfen. Am wirksamsten beugt man der Entstehung bezw. Vergrößerung des Prolapses vor, indem man durch häufig gewechselte Verbände die entzündliche Einschmelzung des Hirns hintanhält.

Hinsberg (Breslau).

---

13) G. Mahu. Des pansements consécutifs à l'évidement petro-mastoidien.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1902. Nr. 12.)

Bekanntlich ist zur Erzielung einer endgültigen Heilung nach Radikaloperation wegen Mittelohreiterung eine sachgemäß geleitete Nachbehandlung von der größten Wichtigkeit. Diese Nachbehandlung ist häufig schwieriger als die Operation selbst; fehlt sie, so ist der Effekt des ganzen Eingriffes illusorisch.

Obgleich die in Betracht kommenden Verhältnisse fast bei allen Pat. verschieden sind, so lassen sich doch einige Grundprinzipien

aufstellen, die bei jedem Falle zu beachten sind. In der sehr ausführlichen Arbeit M.'s sind diese klar zum Ausdruck gebracht; ebenso anschaulich sind die verschiedenen Störungen der Wundheilung und die bei ihrem Eintreten anzuwendende Behandlung dargestellt.

Hinsberg (Breslau).

---

14) **N. J. Napalkow.** Die Anwendung vollständig abgelöster Knochenplatten und Korpelgewebes zur Wiederherstellung verunstalteter Nasen.

(Arbeiten aus Prof. Djakonow's Klinik. Beil. zu Chirurgia 1903. Februar. [Russ.])

N. spricht sich gegen die Anwendung des Paraffins aus: dasselbe muß als Fremdkörper ebenso wenig befriedigende Resultate liefern, als auch die Anwendung metallischer Platten. Djakonow erzielt sehr gute Resultate durch Anwendung von Knochenplatten aus der Tibia, durch Knorpelstücke aus den Rippen und Haut-Periostlappen aus der Stirn. So werden neue Nasenrücken, Nasenflügel und Septa gebildet. Für die letzteren wird der Knorpel zuerst in die Oberlippe eingepflanzt und aus derselben dann das neue Septum gebildet. Die Einzelheiten der Technik sind in Djakonow's Aufsatz in der »Russischen Chirurgie« 1902, 4. Lieferung, veröffentlicht. — Eine Reihe von Krankengeschichten und Photographien zeigen die erzielten guten Resultate.

Gückel (Kondal, Saratow).

---

15) **Luc.** La méthode de Killian pour la cure radicale de l'empyème frontal chronique.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1902. Nr. 28.)

L. referiert eingehend über die von Killian vorgeschlagene Methode zur operativen Beseitigung der Stirnhöhleneiterung. Auf Grund theoretischer Erwägungen hält er sie für die zweckmäßigste der zur Zeit bekannten. Auch seine eigenen Erfahrungen, die allerdings noch nicht sehr zahlreich sind, sprechen für ihre Brauchbarkeit.

Hinsberg (Breslau).

---

16) **Harmer.** Über die chirurgische Behandlung der chronischen Kieferhöhleneiterung.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 7.)

Die Veröffentlichung des Verf. knüpft an eine Arbeit von Hajek an (vgl. Referat d. Zentralbl. 1902, Nr. 19, p. 525), der in Übereinstimmung mit der Caldwell-Luc'schen Methode die Kieferhöhleneiterung mit Anlegung einer Dauerfistel zwischen Kieferhöhle und Nase behandelt, mit Resektion eines Teiles der unteren Muschel. Verf. kann der Methode nicht die gleichen überraschend günstigen Heilerfolge nachrühmen, wie sie Hajek veröffentlicht hat; dennoch betrachtet er sie als relativ die beste, weil die schwierige Nachbehandlung und das Tragen einer Prothese fortfällt.

H. hat neuerdings das Verfahren einfacher gestaltet, indem er direkt von der Nase her die Fistel anlegte, ohne vorher von der Fossa canina aus die Oberkieferhöhle freizulegen. Er verzichtet dabei freilich auf eine Inspektion der Höhle, dafür aber ist das Verfahren einfacher, läßt sich unter Cocainanästhesie ausführen und vermeidet die Gefahr, daß in der Fossa canina ebenfalls eine Fistel zurückbleibt.

Schmieden (Bonn).

---

17) **C. Brunner.** Über die retrovisceralen Geschwülste und Strumen unter besonderer Berücksichtigung ihrer Topographie und der Technik ihrer Operation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Die außerordentlich eingehende und umfassende Arbeit zerfällt in vier große Abschnitte.

Der erste behandelt die retropharyngealen Geschwülste mit Ausschluß des Kropfes. Als Typus dieser seltenen Gattung berichtet Verf. über einen von ihm selbst operierten Fall, ein retropharyngeales Myxofibrom. Die Therapie bestand, nach prophylaktischer Gastrostomie, in Exstirpation der Geschwulst unter temporärer Durchsägung des Unterkiefers. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als ein sehr gefäßreiches, stellenweise mit Hämorrhagien durchsetztes Fibrom mit sehr starker hyaliner und myxomatöser Entartung. Seinen Ursprung nahm sie von dem Bindegewebe eines zum Sympathicus gehörigen Teiles, höchstwahrscheinlich eines seiner Ganglien.

Unter Berücksichtigung der sich auf wenig mehr als 20 Fälle erstreckenden Kasuistik bespricht Verf. dann die Histologie, die Topographie, den Ausgangspunkt und die Ausdehnung und schließlich die Symptome der retropharyngealen Geschwulst.

Der zweite Abschnitt beschäftigt sich mit dem retrovisceralen Kropf, welchen Verf., sich an die Einteilung Wölfler's anlehnend, in wahre accessorische und mit der Hauptdrüse parenchymatös zusammenhängende retroviscerale Kröpfe trennt. Für letztere Form führt Verf. wieder eine eigene Beobachtung an.

Bei einer 64jährigen Frau fand sich eine die rechte Rachenwand vordrängende hühnereigroße, mit stark injizierter Schleimhaut bedeckte Geschwulst, die fast bis zur Mittellinie reichte. Bimanuell ließ sich nachweisen, daß diese Geschwulst mit dem rechten, zu einer knolligen Struma vergrößerten Schilddrüsenlappen im Zusammenhang stand. Wegen hochgradiger Atemnot wurde die Resektion des rechten Kropflappens mit Auslösung des retropharyngeal gewachsenen Hornes ausgeführt. Bei letzterer wurde der auf dem Fortsatz liegende Ramus internus des N. laryngeus sup. durchtrennt. Die Frau starb an Schluckpneumonie.

Im dritten Abschnitt bespricht Verf. die Differentialdiagnose der retrovisceralen Geschwülste. Zunächst werden die retropharyngealen Geschwülste den anderen Affektionen gegenübergestellt, welche zu Verwechslung Anlaß geben können, den Nasen-Rachenpolypen,

Mandelgeschwülsten, Retropharyngealabszessen und retropharyngealen Hämatomen. Sodann folgt die Besprechung der Differentialdiagnose zwischen retrovisceralen Neubildungen und Kröpfen.

Den Schluß der Arbeit bildet das Kapitel: Therapie. Einem historischen Überblick über die Entwicklung der verschiedenen Operationsverfahren, besonders bei Neubildungen, folgt die kritische Beleuchtung der einzelnen Methoden, unter welchen Verf. der Kombination von Wangenschnitt und temporärer Kieferdurchsägung mit dem Halslängsschnitt für die Entfernung von Neubildungen bedeutende Vorzüge einräumt. **Blauel** (Tübingen).

---

18) **J. Garel.** La toux de compression, son importance pour la diagnostic des rétrécissements des bronches (adénopathies et tumeurs du médiastin).

(Ann. des malad. de l'oreilles etc. 1902. No. 3.)

G. macht auf einen eigentümlichen, bellenden Husten aufmerksam, den er wiederholt bei Kompression der Bronchien fand. Er nennt ihn »Kompressionshusten« und glaubt, daß man aus dem eigentümlichen Charakter, den G. seinen Zuhörern durch den Phonographen demonstriert, den Druck auf die Bronchien schon zu einer Zeit diagnostizieren könne, in dem andere Symptome noch fehlen. Das Geräusch soll nach G. nicht im Kehlkopf entstehen, sondern an der verengten Stelle im Bronchus. **Hinsberg** (Breslau).

---

19) **A. Luxenburger.** Experimentelle Studien über Rückenmarksverletzungen.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1903.

Jeder Beitrag zur experimentellen Erforschung der Rückenmarksverletzungen ist dem Chirurgen überaus willkommen. L. hat nun mit großem Verständnis für die aus der Praxis sich ergebende Fragestellung eine ganze Reihe von diesbezüglichen Experimenten mit großer Sorgfalt durchgeführt. Auch ihn befriedigt die »molekuläre Veränderung des Nervenparenchyms« nicht, die man nach dem Grundsatz, »wo Begriffe fehlen, da stellt ein Wort zur rechten Zeit sich ein«, zur Erklärung der sogenannten Rückenmarkserschütterung in die Pathologie eingeführt hat. Wer dieses Krankheitsbild anerkenne, dem ein wohlabgegrenzter Symptomenkomplex fehlt, der müsse von vornherein jeglichen operativen Eingriff in den ersten Tagen nach dem Insult ablehnen; denn ein Zusammentreffen derselben ist mit fast jeder Rückenmarksquetschung oder -Zerrung denkbar.

L. hat zunächst die Wirkung von Distorsionen der Wirbelsäule an 6 mit Äther narkotisierten Kaninchen geprüft; solche ließen sich indes nicht am Halsteil anstellen, dem beim Menschen bevorzugten Abschnitt, sondern nur an der Grenze der Brust-Lendenwirbel. Um

nun den Einfluß von Quetschung und Zerrung, wie er in den Ergebnissen der ersten Versuchsreihe kombiniert angetroffen wurde, im einzelnen zu erkennen, bewirkte er in einer zweiten Versuchsanordnung eine direkte Quetschung des Markes, in einer dritten reine Zerrung. Für jene legte er das Rückenmark bis auf die Pia an umschriebener Stelle bloß (an 13 Tieren) und ließ durch ein aus bestimmter Höhe (5—20 cm) fallendes bestimmtes Gewicht (5 bezw. 10 g) einen dem Mark aufgesetzten Glasstab treffen. Auch langsamen Druck probierte er. Zur Hervorrufung von möglichst reinen Zerrungseffekten ließ er die zweckmäßig an einem Strick befestigten Tiere (3 an Zahl) mit dem Kopf voran abstürzen, so daß sie plötzlich, in der Körperachse gezerrt, in der Luft hängen blieben.

Ein wesentliches Ergebnis dieser Versuche ist, daß die Nervenfasern besonders leicht verletzlich sind im Verhältnis zu den Gefäßen; der schädigende Einfluß einer intramedullären Blutung kommt daher für leichte und mittelschwere Fälle nicht und nur für größere Blutungen bei schweren Quetschungen in Betracht. Extramedulläre Blutungen erreichten nie den Grad selbständiger Bedeutung, wie dies schon Wagner-Stolper gegenüber Manley betont haben. Für die Frage der Quetschungen müsse man leichte und schwere, langsame und rasche unterscheiden. Bei geringer Parese der hinteren Extremitäten fand L. keine Verschiebung der grauen Substanz, oft minimale Blutungen, geringe traumatische Degeneration grauer und weißer Substanz.

Totalen Lähmungen lag immer Verschiebung und Blutung in der grauen Substanz zugrunde, wenn sie rasch erfolgte, wie dies beim Menschen die Regel ist. Die Blutungen reichten oft in noch größeren Mengen, in charakteristischer Verteilung aufwärts und abwärts durch mehrere Segmente.

Schwere langsame Markquetschung entbehrt meist der Substanzverschiebungen, oft der Blutungen.

Die Zerrungsfolgen haben geringere Blutergüsse, die sich mit Vorliebe um die größeren Gefäßlichtungen ordnen; wirkliche Substanzverschiebungen (Heterotopien) fehlen.

Nach L. sind die traumatischen Veränderungen des Rückenmarks infolge von Distorsionen in der Hauptsache Quetschungsfolgen. Eine traumatische Hämatomyelie ohne gleichzeitige traumatische Schädigung des Nervengewebes, eine reine Hämatomyelie im Sinne Stolper's, komme nicht vor. Dieser Autor sowie Minor und Kocher hätten die Blutwirkung überschätzt. Nur große Blutergüsse zögen das umgebende nervöse Gewebe in Mitleidenschaft. Immer seien die Quetschungs- und Zerrungsdegenerationen größer als die anwesenden Blutergüsse; die Längsdehnung, wie die Zusammenpressung verursache Nekrotisierung der spinalen Nervenfasern ohne Beihilfe von Blutaustritten.

Wo wesentliche Blutergüsse fehlen, sei Quetschung als Ursache ausgeschlossen; da bleibe die Entscheidung zwischen Zerrung und

Erschütterung offen, welche letztere durch Druckschwankungen im Liquor cerebrospinalis (Wellenbewegung) im Grunde auch eine Zerrung der Nervenfasern, eine Ausbauchung in transversaler Richtung bewirke.

Von praktisch wichtigen Einzelheiten sei noch betont, daß Mangel der Abplattung des Rückenmarks nicht gegen schwere Quetschung spricht, da erstere durch Ödem bald ausgeglichen wird — ein für den Operateur wichtiges Moment. Eine große Anzahl schematischer Figuren zeigt die Wirkungen des Traumas, insbesondere die Verschiebungen zwischen grauer und weißer Substanz wie auch die Lokalisation der Blutungen.

(Es kann der verdienstlichen Arbeit nicht Eintrag tun, wenn Ref., dessen Beiträge zur Hämatomyeliefrage von L. mehrfach erörtert werden, für die weitere Bearbeitung dieses interessanten Gebietes einige Wünsche äußert. Für die Zerrungsexperimente müßte die Möglichkeit einer Kontusion des Markes durch die Kante gesprengter Wirbel ausgeschlossen werden. Ferner ist die Eröffnung des Duralsackes bei den Quetschungsversuchen zweifellos eine Fehlerquelle, die sich an Hunden nach meiner Erfahrung vermeiden läßt. Auch ist für die klinische Diagnostik die sorgfältige Notierung notwendig, wieweit, d. h. durch wieviel Segmente hindurch, traumatische Degeneration und Blutungen noch nachweisbar sind, und zwar kranialwärts; denn von einer totalen Querschnittszermalmung kaudalwärts sitzende Läsionen kommen ja klinisch gar nicht in Betracht. Endlich wäre für die Frage der Zerrungsschädigungen auch noch eine Versuchsreihe wünschenswert, ob man nicht durch Zug (z. B. mit einem Schielhäkchen) an den hinteren austretenden Wurzeln Zerrungsaffekte am Mark erzielt, wie sie beim Menschen bei Überbeugung des Rückgrats vom Ref. beobachtet worden sind.)

P. Stolper (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

Über Massage des freigelegten Herzens beim Chloroformkollaps.

Von

Dr. D. G. Zesas.

Im Jahre 1899 publizierte Prus in der Wiener klin. Wochenschrift eine Reihe von Wiederbelebungsversuchen in Todesfällen von Erstickung, Chloroformvergiftung und elektrischem Schlage mittels Massage des freigelegten Herzens, nachdem bereits im Jahre 1874 Schiff[1] und Hocke[2] die Wirkung dieser Maßnahme bei ähnlichen Zuständen experimentell geprüft und Schiff ihr die Bezeichnung »Circulation artificielle« gegeben hatte. Bei 100 Versuchstieren gelang es Prus, durch künstlich nachgeahmte rhythmische Herzkontraktionen mittels Massage 55mal das Herz wieder in Bewegung zu setzen, und zwar 47mal in ganz normaler

[1] Recueil des memoires physiologiques Bd. III.
[2] Practitioner 1874. April.



Weise. Der Wiedereintritt der Herzfunktion schwankte zwischen einem Zeitraume von 15 Sekunden bis zu 2 Stunden. Prus zog aus seinen Tierexperimenten die Schlußfolgerung, daß man seine Wiederbelebungsmethode auch beim Menschen in plötzlichen Todesfällen von Erstickung, elektrischem Schlag, besonders aber bei Chloroformvergiftung anwenden solle, nachdem alle üblichen Rettungsversuche fruchtlos geblieben, und setzt seine Hoffnungen auf Erfolg hauptsächlich auf die Fälle von Chloroformintoxikation während der Operation, indem der Operateur noch zeitig genug zur Eröffnung des Brustkorbes schreiten und die Herzmassage vornehmen könne.

Im Jahre 1900 hat sich Batelli[3] in Genf bei experimentellen Untersuchungen über die Wiederherstellung der Funktion des Herzens und des Nervensystems nach totaler Anämie auch mit dieser Frage beschäftigt und ist zu dem Schlusse gelangt, daß das Verfahren der Herzmassage bei Chloroformvergiftung oder Asphyxie auch beim Menschen anwendbar sein dürfte.

Von klinischer Seite jedoch wurde keine diesbezügliche Erfahrung bekannt gemacht bis 1898, als Tuffier über eine eigene hierher gehörende Beobachtung in der Société de chirurgie in Paris referierte. Es handelte sich um einen plötzlichen Todesfall, 5 Tage nach einer Perityphlitisoperation, wahrscheinlich ursächlich einer Embolie. Der momentane Erfolg war unstreitig ein erfreulicher. »Le coeur ondula d'abord regulèrement« sagt Tuffier, »puis se contracta franchement. Le pouls reparait, le malade fait de grandes inspirations, les yeux s'ouvrent largement, les pupilles se retrecissent, il tourne la tête comme après une syncope.« Bald darauf wurde jedoch der Puls schwach und das Herz hörte auf zu schlagen. Eine nochmalige Massage stellte die Herzfunktion wieder her, doch nur für einige Minuten; denn alsbald wurde der Puls wiederum schwach und die Herzkontraktionen hörten endgültig auf. Gelegentlich dieser Mitteilung erklärte Bazy, daß seines Wissens im Jahre 1892 ein Spitalchirurg von dieser Methode Gebrauch gemacht, jedoch gleichfalls ohne Erfolg. Nicht glücklicher lauteten die Erfahrungen hierüber von Gallet und Michaux. Ebenso erfolglos erwies sich die Herzmassage in einem Falle von Depage[4]. Wohl stellten sich einige Minuten nach diesem Wiederbelebungsversuche die Herzkontraktionen ein, hörten jedoch bald wieder auf, trotz gleichzeitig ausgeübter künstlicher Atmung. Maag[5], der in diesem Blatte über einen diesbezüglichen Fall referierte, gelang es nach wenigen rhythmischen Kompressionen die Herztätigkeit wieder herzustellen; das Bewußtsein kehrte jedoch nicht zurück, und der Tod erfolgte ca. 11 Stunden nach dem Eingriffe.

Im ganzen sind wohl ungefähr ein Dutzend Fälle von Herzmassage bekannt geworden, bei denen, mit Ausnahme der Maag'schen Beobachtung, die eine Lebensverlängerung von ca. 11 Stunden ergab, die Massage auf die Wiederherstellung der Herzfunktion ohne jeglichen nennenswerten Einfluß geblieben. Dieser kleinen Anzahl von Fällen bin ich in der Lage, einen weiteren beizufügen, den ich Ende der 80er Jahre als Assistenzarzt an Prof. Dr. Niehaus' chirurg. Abteilung am Inselspital zu Bern zu beobachten Gelegenheit hatte, und der, chronologisch geordnet, als erster Fall von Herzmassage bei Chloroformkollaps figuriert. Es handelt sich um einen ca. 40jährigen Mann, der von einem Kropfe, der ihm Schling- und Atembeschwerden verursachte, befreit zu werden wünschte.

Pat. war sonst ein kerngesunder Mann, weder Herz noch Lunge boten etwas Abnormes bei der Untersuchung, die ich am Tage vor der Operation vornahm. Keine Spur von Arteriosklerose; Urin normal. Es war also nicht die geringste Kontraindikation für die Narkose vorhanden. Als der Pat. in den Operationssaal trat, schien er mir etwas ängstlich, was er zugestand, ließ sich aber durch ein paar

---

[3] Journ. de physiol. et de pathol. générales 1900 und Travaux du laboratoire de physiologie de l'Université de Genève.

[4] Annales de la Société Belge de Chirurgie 1901. Zentralblatt für Chirurgie 1901.

[5] Zentralblatt für Chirurgie 1901.

ermutigende Worte beruhigen. Zur Narkose wurde englisches, reines Chloroform, wie es in der Abteilung üblich und mit dem man stets zufrieden war, angewandt. Es trat kein Exzitationsstadium ein. Die Narkose schien normal zu verlaufen, als plötzlich, kurz vor Beginn der Operation, die Atmung stockte und Pat. cyanotisch wurde. Die stark erweiterten Pupillen waren reaktionslos, kein Puls mehr, keine Spur von Herztönen oder Herzgeräuschen bei der Auskultation wahrnehmbar. Nach vergeblichen Versuchen durch künstliche Atmung das Leben zurückzurufen, entschloß sich Prof. Niehaus rasch zur Rippenresektion und zur Freilegung des Herzens, um durch rhythmische Kompressionen dieses zur Funktion anzuregen. Gleichzeitig wurde die künstliche Atmung fortgesetzt. Unsere Bemühungen blieben fruchtlos, das Herz, das am Anfang weich war, wurde etwas fester, seine Muskulatur bot zeitweise ein leichtes Flimmern, aber zu einer normalen Kontraktion kam es nicht, und das erhoffte Resultat der Wiederbelebungsversuche blieb aus. Die von Prof. Langhans vorgenommene Autopsie ergab bei allen Organen durchweg normale Verhältnisse.

Die Mißerfolge der bisherigen klinischen Erfahrungen dürften vielleicht theoretisch größtenteils direkt zur Last der angewandten Methode selbst fallen, da die schwere Schädigung, die durch den herbeigeführten Pneumothorax entsteht, unmöglich ohne nachteiligen Einfluß auf ein event. günstiges Resultat bleiben kann. Man sollte bei der Bloßlegung des Herzens die Eröffnung der Pleura umgehen können. Wehr hat bereits im Jahre 1899 auf dem Chirurgenkongreß in Berlin über eine Methode zur Bloßlegung des Herzens referiert, welche die Vermeidung der Pleuraverletzung berücksichtigt. Leider wird man kaum eine ausreichende Freilegung des Herzens vom Thorax her bewerkstelligen können, ohne Beschädigung der Pleura, weshalb Mauclaire[6] vorschlug, den Weg zum Herzen durch's Zwerchfell zu nehmen. Poirier[7] hat vor 2 Jahren Gelegenheit gehabt, diesen Vorschlag klinisch zu prüfen, doch auch diesmal blieb der Erfolg der Wiederbelebung aus; ebenso ungünstig verlief ein weiterer Fall, in welchem Mauclaire[8] selbst die diaphragmatische Methode in Anwendung zog.

Die Prus'sche günstige Vorhersage hat sich nach den bisherigen klinischen Erfahrungen nicht bestätigt, und es ist fraglich, ob die Resultate der Herzmassage beim Chloroformkollaps sich in der Zukunft wesentlich bessern werden, und ob ein durch Chloroformintoxikation gelähmtes Herz mechanisch zur Wiederbelebung angeregt werden kann. Theoretische Gründe sprechen dagegen, und es dürfte ratsamer sein, bis zur Aufklärung verschiedener dunkler Punkte bei der künstlichen Atmung und Zungentraktionen zu bleiben[9]. Der operative Eingriff ist entschieden nicht so gefahrlos, um ohne weiteres sofort am Anfang der Kollapserscheinungen unternommen zu werden, und selbst in Fällen wo die Herzmassage frühzeitig angewandt von Erfolg gekrönt wäre, dürfte es fraglich bleiben, ob die üblichen Mittel nicht auch ausreichend gewesen wären. Da, wo die allgemein angewandten Belebungsversuche fruchtlos bleiben, wird die Massage des Herzens kaum Besseres leisten. Dies war auch die Schlußfolgerung der auf dem letztjährigen französischen Chirurgenkongreß stattgefundenen Debatten, in welchen außer ungünstigen diesbezüglichen klinischen Erfahrungen auch mißlungene Tierversuche (Widal) zur Sprache kamen.

---

[6] Gaz. des hôpitaux 1901.
[7] Gaz. des hôpitaux 1901.
[8] Gaz. des hôpitaux 1902.
[9] Vgl. auch Boureau: Le massage du coeur mis à nu. Revue de chir. Bd. XXII Nr. 10 und Zentralblatt für Chirurgie 1903. p. 392.

(Aus dem Bürgerhospitale zu Köln. Geh.-Rat Prof. Dr. Bardenheuer.)

Über Penisamputation.

Von

Dr. **Eugen Hopmann,** Assistenzarzt.

Am 14. März 1903 kam der 56 Jahre alte Herr M. wegen einer durch Apoplexie verursachten Blasenparese in die Behandlung des Bürgerhospitals.

Der Pat. beansprucht ein besonderes Interesse wegen des ausgezeichneten Erfolges einer bei ihm im Jahre 1894 vorgenommenen Penisamputation, die wegen Cancroid nötig war und von Geh.-Rat Prof. Dr. Bardenheuer nach eigener Methode ausgeführt worden ist. Der Erfolg der Operation ist in dem gänzlichen Fehlen irgend eines Rezidives nach jetzt 9 Jahren gegeben, während der außerordentliche Vorzug der Bardenheuer'schen Methode von allen bisher angegebenen darin liegt, daß an dem Penisstumpfe nie eine Urethralstriktur aufgetreten ist.

Status praesens: Der jetzt vorhandene, erektionsfähige Penisstumpf hat eine Länge von 3 cm; an dem freien Ende ist er glatt überhäutet. Die Urethramündung und die übrige Urethra ist für einen Mercier-Katheter Nr. 19 bequem durchgängig. Aus den Angaben des Pat. ist zu entnehmen, daß nie Strikturbeschwerden bestanden haben.

Der Hauptpunkt der Bardenheuer'schen Operationsmethode, die eingehend von Lucas im Zentralblatt für Chirurgie 1900, Nr. 1, p. 1 dargelegt ist, ist: man läßt die mit möglichst viel umliegendem Gewebe ausgeschälte Urethra etwa 2 cm lang aus dem Penisstumpfe hervorragen und näht die den Stumpf peripher deckenden Hautlappen circulär an die Basis der freigelegten Urethra an, ohne die Urethralschleimhaut mitzufassen. Während des Heilungsprozesses krempelt sich dann die Schleimhaut des hervorragenden Urethrastückes nach außen um, und man erzielt eine weite Harnröhrenmündung.

Die Bardenheuer'sche Methode ist von Riese nachgeprüft und in der »Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins« warm empfohlen worden. (Referiert im Zentralblatt für Chirurgie 1900, Nr. 44, p. 1111.)

Angeführt ist die Methode ferner im Handbuche der praktischen Chirurgie, Bd. III, 2. Teil, p. 446, in dem von Prof. Dr. v. Bramann und Dr. Rammstedt bearbeiteten Abschnitte: Verletzungen und Erkrankungen der Harnröhre und des Penis.

Die Beschreibung der Methode ist dort mit dem Satze geschlossen: »Dadurch soll eine Striktur ausgeschlossen sein«. Diese Ausdrucksweise ist unnötig vorsichtig. Tatsächlich werden die postoperativen Urethrastrikturen nach der Bardenheuer'schen Methode vermieden.

Außer dem eingangs mitgeteilten Falle, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, sind von Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Bardenheuer noch weitere vier Fälle mit dem gleichen günstigen Resultate nach der beschriebenen Methode operiert worden.

---

20) Siegel. Schädeltrepanation wegen Kopfschmerzen.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

Ein 27jähriges Mädchen litt fast sein Leben lang an heftigsten Kopfschmerzen, welche ihren Sitz hatten am linken Scheitelbein dicht an der Lambdanaht. Hier fand sich eine klein handtellergroße Depression, die $1^1/_2$ cm tief war. Bei herabhängendem Kopfe schwillt diese Stelle zu einer vorspringenden Beule an, die beim Aufstehen rasch wieder verschwindet. Da der Grund der Depression völlig von Knochen geschlossen war, kann die Beule nur durch rasch sich ansammelnde Lymphe entstehen. Ursache der Depression war vermutlich eine Verletzung in der

Geburt. Die deprimierte Stelle wird ausgemeißelt; die Dura tritt darauf in ihr normales Niveau, die Knochenstücke werden aufgelegt und heilen gut ein. Die Kopfschmerzen schwinden definitiv. 11 ähnliche Fälle aus der Literatur werden angeführt; in allen, mit Ausnahme von einem, handelte es sich um tastbare Veränderungen des Knochen, meist um Impressionen. **Haeckel** (Stettin).

21) **Bregman** und **Oderfeld.** Zur Chirurgie der Hirnsyphilis und topisch-diagnostischer Verwertung der Jackson'schen Epilepsie.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

Bei einem 34jährigen Manne, welcher Lues durchgemacht hatte, traten rechtsseitige Kopfschmerzen, linksseitige Facialisparese, Parese des linken Armes, Krämpfe der linken Gesichtshälfte auf, welche oft von allgemeinen Krämpfen begleitet waren. Da die Krämpfe eine enorme Häufigkeit erlangten, wurde trepaniert. Alles deutete auf einen syphilitischen Prozeß der Rinde hin, dessen Mittelpunkt das Zentrum für den rechten Mundfacialis sein mußte. Allein hier wurde nichts gefunden. Nach 3 Tagen Tod. Bei der Sektion fanden sich zwei beträchtliche Gummata im rechten Stirnlappen. Auffallend war, daß keines der Symptome von Stirnlappengeschwulst bestanden hatte. Der Fall gehört zu jenen schon ziemlich zahlreichen, welche zeigen, daß selbst stabile Lähmungen mit monoplegischem Charakter und einer Ausdehnung entsprechend der Topographie der Hirnrinde, zugleich mit Jackson'scher Epilepsie, nicht für eine Lokalisation in der motorischen Region beweisend sind. **Haeckel** (Stettin).

22) **L. W. Hotchkiss** (New York). Motor aphasia due to a small cortical haemorrhage in the region of Broca's convolution; trephining; recovery.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

Der 39 Jahre alte Pat. wurde am 8. Februar in das J. Hood Wright-Hospital aufgenommen, nachdem er tags zuvor rücklings aus einer Höhe von 9 Fuß herabgestürzt war. Er war auf den Hinterkopf gefallen und 8 Stunden lang bewußtlos gewesen, hatte sich dann erholt, konnte aber nur mit Mühe sprechen. Aus dem rechten Ohre war etwas Blut geflossen. Da sich die motorische Aphasie immer deutlicher ausbildete, begab sich Pat. zu Fuß in das Krankenhaus.

Bei seiner Aufnahme war er vollkommen klar, konnte jedoch seinen Namen nicht sagen, ebenso wenig andere Worte außer »Yes«, »certainly«, »dure«. Man sah ihm an, daß er jeden ihm gezeigten Gegenstand erkannte, jedoch trotz der größten Mühe keine Bezeichnung dafür fand. An der rechten Seite des Hinterkopfes fand sich eine Sugillation.

Pat. wurde noch 2 Tage lang beobachtet. In dieser Zeit bildete sich die Aphasie zu einer vollständigen aus, ohne daß das Bewußtsein gestört war. Allmählich stellte sich eine leichte rechtsseitige Facialisparese ein, auch traten mehrfach leichte Konvulsionen in den rechten Extremitäten auf.

Am 10. Februar Trepanation. Ein großer Haut-Muskel-Periostlappen wurde abgelöst und eine Trepanation über dem vorderen Teile der dritten linken Stirnwindung gemacht. Die Dura war verfärbt und pulslos, keine extradurale Blutung. Nach Eröffnung der Dura fand sich ein kleines Blutextravasat und ein Gerinnsel, welches außer Blut auch kleine Teile der Großhirnrinde enthielt. Das Gerinnsel wurde fortgespült und die Wunde über einigen dünnen Drains geschlossen.

Schon am nächsten Tage konnte Pat. wieder »Yes«, »certainly«, »sure« sagen. Nach 5 Tagen gab er seinen Namen und die Adresse richtig an, nur bei der Aussprache der Konsonanten zögerte er etwas. Auch stand er schon nach 5 Tagen auf. Die Besserung schritt schnell fort. Die anfänglich bestehenden Kopfschmerzen und das Schwindelgefühl verloren sich bald. Die Wunde war nach 11 Tagen geheilt. Pat. wurde vollkommen wieder hergestellt.

Seefisch (Berlin).



23) P. Jacob. Über einen Fall von Gehirnechinokokkus.

(Fortschritte der Medizin 1903. Nr. 1.)

Man hat bisher am Lebenden die Diagnose des Gehirnechinokokkus allgemein nur in solchen Fällen gestellt, in welchen derselbe nach außen durch die Nase oder die Schädelkapsel durchgebrochen war. Die bisher operativ bezw. spontan geheilten Fälle betreffen meist solche an die Außenfläche durchgebrochene Echinokokkenblasen. Im vorliegenden Falle, bei dem es sich um eine seit einigen Monaten bestehende Hirnaffektion handelte, wurde die zuvor als möglich erwogene Diagnose einer Echinokokkencyste durch die Lumbalpunktion sichergestellt.

Bei der ersten Punktion — im ganzen wurden drei gemacht — entleerten sich 20 ccm einer hellgelben Flüssigkeit, in welcher mikroskopisch Häkchen, durch die chemische Untersuchung Bernsteinsäure und hoher Chlornatriumgehalt konstatiert wurden. Dieser Fall ist der erste durch Lumbalpunktion diagnostizierte Gehirnechinokokkus. **Kronacher** (München).

24) M. Paunz. Über den rhinogenen Hirnabszeß.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 427.)

16jähriges Mädchen bekam nach akutem Schnupfen von zweiwöchentlicher Dauer einen Abszeß des linken Oberlides und Anzeichen von linksseitiger Nebenhöhleneiterung, 2 Tage später Symptome von intrakranieller Komplikation. Am selben Tage Operation: Eröffnung eines ziemlich großen linksseitigen Frontallappenabszesses; die Stirnhöhle, die ganz klein und rudimentär war, enthielt keinen Eiter; über die anderen Nebenhöhlen ist nichts gesagt. Der Verlauf war dann wechselnd, einmal recht gutes Befinden, dann wieder deutliche Retentionserscheinungen; 3 Wochen nach der Operation Hirnvorfall. Später traten dann Herderscheinungen, wie Abducens- und Facialislähmung auf, nach $4^1/_2$ Monaten erst Nackenstarre, 14 Tage später Tod. Die Sektion ergab multiple Stirnlappenabszesse, Ventrikeldurchbruch und allgemeine Meningitis. Eiter im Siebbeinlabyrinth. — Es folgt dann eine Besprechung des Falles und die Vergleichung desselben mit den in der Literatur niedergelegten ähnlichen Beobachtungen.

Manasse (Straßburg i/E.).

25) G. Mahu. Procidences combinées du sinus et de la dure-mère rendant impossible la trépanation mastoïdienne.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1902. Nr. 10.)

M. berichtet über einen Fall, bei dem es wegen Vorlagerung des Sinus neben Tiefstand der mittleren Schädelgrube unmöglich war, das Antrum mastoideum zu eröffnen. Im Anschluß daran untersuchte er, in welcher Weise die normale Konfiguration des Schläfenbeines sich verändern muß, um zu dem beschriebenen Effekt zu führen. **Hinsberg** (Breslau).

26) Goris. Un cas de chirurgie cérébrale pour complication d'otite moyenne chronique. Guérison.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 1.)

G. diagnostizierte bei einem jungen Mädchen, das an rechtsseitiger Otitis media chronica litt, einen entzündlichen Herd an der Spitze der rechten Felsenbeinpyramide auf Grund folgender Symptome: Abducenslähmung rechts, beiderseits Ödem der Papille, Schmerzen in der Mitte des Kopfes, hinter den Augen. — Bei der daraufhin vorgenommenen Operation fand sich an der vermuteten Stelle, die freigelegt wurde, ein Sequester von 1 qcm Seitenfläche, der anscheinend der Felsenbeinspitze entsprach. Glatte Heilung. — Leider ist aus dem Berichte nicht zu ersehen, wie der entzündliche Prozeß vom Ohre her an diese Stelle gelangte. **Hinsberg** (Breslau).

27) **M. Lermoyez.** Abcès otogène du cerveau. Opération. Guérison.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 1.)

L. eröffnete den beschriebenen Schläfenlappenabszeß sowohl vom Tegmen tympani, also von unten, wie auch von der Schläfenschuppe her, an der von v. Bergmann angegebenen Stelle. Seiner Ansicht nach liefert diese Kombination beider Methoden die günstigsten Bedingungen für die Heilung, wie das ja auch die Statistik beweist (Eröffnung von der Schläfenschuppe allein 44% Heilung, vom Tegmen tympani 64%, nach dem kombinierten Verfahren 84%).

Hinsberg (Breslau).

28) **A. Valentin.** Die cystoskopische Untersuchung des Nasen-Rachens oder Salpingoskopie.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 410.)

Verf. hat ein dem Nitze'schen Cystoskop nachgebildetes Instrument konstruiert, welches durch den unteren Nasengang in den Nasen-Rachenraum eingeführt wird und die hier gelegenen Teile, besonders die Tuben und ihre Umgebung, zur Anschauung bringt. Auch die Bewegungen der Tuben und des Gaumensegels lassen sich gut mit dem »Salpingoskop« beobachten.

Manasse (Straßburg i/E.).

29) **A. Baurowicz.** Ein Beitrag zur Lokalisation der sogenannten blutenden Polypen der Nase.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 451.)

Die blutenden Polypen sitzen gewöhnlich am Septum, B. hat aber auch einen am vorderen Ende der unteren Muschel gesehen. Er fand sich bei einer 19jährigen graviden Frau. Histologische Untersuchung fehlt.

Manasse (Straßburg i/E.).

30) **A. Ephraim.** Über einen bemerkenswerten Fall von Sequester der Nase; zugleich ein Beitrag zur Lehre von der motorischen Innervation des Gaumensegels.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 421.)

Es handelt sich um einen großen Sequester, der dem Keilbein angehörte, bei einem 40jährigen syphilitischen Manne. Bemerkenswert ist, daß das Gaumensegel nicht gelähmt war, trotzdem der Canalis vidianus in dem Sequester enthalten war, man also annehmen mußte, daß der Nervus vidianus zerstört war.

Manasse (Straßburg i/E.).

31) **Cordes.** Das Adenokarzinom der Nase.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 8.)

Den 7 bisher publizierten Fällen von Adenokarzinom der Nase, deren Krankengeschichten im Auszug wiedergegeben werden, reiht Verf. einen von H. Krause beobachteten an:

75jährige Pat. hatte Frühjahr 1900 aus der rechten Nase wiederholt kleinere Blutungen, die allmählich stärker, zuletzt sehr heftig wurden. Die rechte Nasenhälfte wurde immer mehr undurchgängig; in ihr wurde eine glatte, mäßig resistente, den Naseneingang ganz ausfüllende Geschwulst von blaßroter Farbe, die auf die geringste Sondenberührung sofort heftig blutete, festgestellt. Da nach mikroskopisch festgestellter Diagnose eine radikale Operation abgelehnt wurde, konnte mit der Elektrolyse ein guter Erfolg erzielt werden; durch diese wurde die Neubildung in 28 Sitzungen so weit verkleinert, daß nur noch eine kleinwalnußgroße Geschwulst übrig blieb, welche mit der Zange entfernt wurde; nach $3/4$ Jahren noch keine Spur eines Residivs. Insertionsstelle der Geschwulst: Bulla ethmoidalis.

Die Neubildung nimmt ihren Ursprung mit Vorliebe vom Schleimhautüberzuge des Siebbeines. Die klinischen Erscheinungen sind behinderte Nasenatmung, mehr oder weniger reichliche Blutungen und eine dadurch bedingte Blutarmut, später Druckerscheinungen, dumpfes Gefühl im Kopfe und Kopfschmerzen. Meist werden sehr bald die Nebenhöhlen der Nase in Mitleidenschaft gezogen: Die Lamina papyracea wird zerstört, es tritt Exophthalmus auf, Kiefer-Keilbeinhöhle, Stirnhöhle und auch das Cerebrum werden befallen. Durch Zerfall bilden sich Fisteln meist am Augenwinkel oder nach unten zu am Gaumen. Pat. erliegt meist in 2—3 Jahren nach dem Beginn dem Leiden; in den bisher beobachteten Fällen konnte nur einmal ein operativer Eingriff (Elektrolyse) Heilung bringen, die übrigen Pat. starben nach vergeblichen Operationsversuchen oder waren bereits inoperabel.

Zum Schlusse betont Verf. noch, daß jede in der Nase unter der Form eines Adenoms auftretende Geschwulst äußerst skeptisch zu betrachten ist, da dieselbe scheinbar starke Neigung zu karzinomatöser Umwandlung zeigt.

Langemak (Rostock).

32) C. Blauel. Über zentrale Kieferfibrome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

B. teilt drei Fälle von zentralem Fibrom des Unterkiefers aus der Tübinger chirurgischen Klinik mit. Ihnen konnte er noch acht Fälle aus der Literatur anreihen. An der Hand dieser elf Beobachtungen bespricht B. die Hauptmerkmale der zentralen Kieferfibrome. Demnach sind dieselben ein anscheinend sehr selten vorkommendes Leiden. Es bevorzugt die mittleren Partien des horizontalen Astes des Unterkiefers; dort baucht die Geschwulst durch ihr langsames Wachstum vornehmlich die äußere Knochenwand vor. Die Erkrankung tritt meist im 3. Lebensdecennium in die Erscheinung. Bezüglich der Ätiologie bietet die Entstehung aus retinierten Zahnkeimen dem Verf. die größere Wahrscheinlichkeit. Übergänge in Sarkom kommen, wenn auch selten, vor, wie dies die jüngste Beobachtung B.'s beweist. (Hier bot sogar die Art der Wucherung des Sarkoms, die nur von einer kleinen Stelle des Fibroms ausging, besonderes pathologisch-anatomisches Interesse dadurch, daß sie am und im Knochen entlang kroch, ohne aber das Fibrom selbst zu durchsetzen.) **A. Most** (Breslau).

33) T. Hug. Ein Fall von Zahnwurzelcyste (periodontale s. periostale Cyste) des Oberkiefers mit spezieller Berücksichtigung der Histologie.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 398.)

51jährige Pat. mit cystischer Geschwulst an der vorderen Wand des linken Oberkiefers. Die Cyste konnte total von der vorderen knöchernen Wand abgelöst werden; die Lücke wurde durch einen vom Processus alveolaris abgelösten Schleimhautlappen gedeckt. Heilung nach 6 Tagen. — Die Cystenwand setzte sich aus drei Schichten zusammen, einer unteren periostalen, einer mittleren granulösen und einer oberen epithelialen Schicht. Letztere bestand aus Plattenepithelien ohne Verhornung. Es folgt dann eine genaue epikritische Besprechung sowie eine Vergleichung des Falles mit den in der Literatur bekannten Kiefercysten. **Manasse** (Straßburg i/E.).

34) A. Onodi. Struma accesoria am Zungengrunde.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 449.)

26jährige Frau mit haselnußgroßer harter Geschwulst in der linken Hälfte des Zungengrundes. Abtragung mit der scharfen Zange und Lapisätzung. Mikroskopische Untersuchung: Kapsel von derbem Bindegewebe, mit Plattenepithel bedeckt. Tief im Bindegewebe erbsengroßer Knoten, der aus Läppchen besteht, welch letztere wieder aus Zellinseln zusammengesetzt sind. Die Zellen sind epithelialer Natur, kubisch, bilden entweder solide Inseln oder umschließen eine Lichtung, die mit Kolloid angefüllt ist. — Die accessorischen Zungengrund-

strumen sind kongenitaler Natur und hängen mit der medianen Anlage der Schilddrüse zusammen. Sie können vikariierende Funktion ausüben.

Manasse (Straßburg i/E.).

35) **A. D. Fripp and R. H. Jocelyn Iwan.** A case of sarcoma of the tongue, with an analysis of forty-three previously recorded cases.

(Guy's hospital reports 1902. Vol. LVII.)

Verff. bringen die ausführliche Kranken- und Operationsgeschichte eines Falles von Zungensarkom und entwickeln weiterhin an der Hand von 43 aus der Literatur gesammelten Fällen ein Bild dieser verhältnismäßig seltenen Krankheit. Nach Ausschalten von 14 Fällen wegen nicht einwandsfreier Diagnose bleibt ein Material von 29 Fällen primärer Geschwülste. 25mal ist das Alter angegeben:

unter 15 Jahren	3	Fälle
15—30 Jahre	9	»
30—45 »	7	»
45—55 »	0	»
über 55 »	6	»

Der jüngste Pat. war 7 Wochen, der älteste 65 Jahre. Das männliche Geschlecht überwog um das Doppelte.

Die Geschwulst zeigt bei langsamem Wachstum bisweilen eine Art von Kapselbildung und kann dadurch diagnostische Zweifel erwecken. Die Schleimhaut bleibt meistens unversehrt und ulceriert nicht, was Verff. gegenüber dem Karzinom und Gumma besonders hervorheben. Pathologisch-anatomisch findet man sowohl rund- wie spindelzellige Formen, ohne daß die statistischen Daten ein Überwiegen der Bösartigkeit bei der ersteren ergeben. Die submaxillaren Lymphdrüsen werden nur in 6 Fällen als vergrößert erwähnt, darunter sind Geschwulstzellen 3mal nachgewiesen. Operiert wurden 25 Kranke; von ihnen wurden 11 geheilt und blieben gesund 13, 12, 9, 4, 4, $3^1/_2$, 3, 2, 2, $1^1/_2$, $^1/_2$ Jahr. 13mal machten Rezidive eine zweite Operation erforderlich: 3 Heilungen über 2 Jahre, eine 11 Monate, 9 †. Ein Operierter starb an Pneumonie 8 Tage post oper. — Die Behandlung muß natürlich stets, auch bei scheinbarer Abkapselung der Geschwulst, in ausgiebiger Exstirpation im Gesunden bestehen.

Am Schlusse sind die Krankengeschichten angefügt.

Kleinschmidt (Kassel).

36) **J. J. Katz.** Zur Frage von der Phlegmone glosso-epiglottica.

(Praktitscheski Wratsch 1903. Nr. 5 u. 6.)

K. beschreibt einen neuen Fall dieser seltenen Krankheit: Pat., 36 Jahre alt, klagt über Schmerzen beim Schlucken. Zunge nicht schmerzhaft, frei beweglich. Zungenmandel geschwollen, mit der rechten Rachenmandel zusammengeflossen, haselnußgroß; entsprechende Vallecula etwas verstrichen; Epiglottis intensiv rot, in querer Richtung scheinbar unter scharfem Winkel zusammengeklappt. Lig. pharyngo-epiglotticum rechts geschwollen, lateraler Teil spindelförmig verdickt, scheint unter der Zungenmandel zu liegen, verdeckt aber den Sinus pyriformis nicht. Linke Hälfte des Kehlkopfes und Rachens diffus rot. Es handelte sich also um das Anfangsstadium einer Valleculaphlegmone.

Schlußfolgerungen: Die Phlegmone glosso-epiglottica bildet einen anatomisch und klinisch genau bestimmten Prozeß, dessen Diagnose laryngoskopisch gestellt werden kann und muß. Ist wegen Dyspnoë die Tracheotomie indiziert, so muß laryngoskopiert werden, da im Falle einer Phlegmone glosso-epiglottica die Tracheotomie durch Inzidierung der Phlegmone vom Munde her ersetzt werden kann.

Gückel (Kondal, Saratow).

37) **O. Kutvirt.** Über Tonsillargeschwülste.

(Časopis lékařů českých 1902. Nr. 47—49.)

Von 14 klinisch beobachteten Fällen wurden 12 histologisch untersucht. Es entfielen auf Lymphosarkom 3, Sarkom 2, Angiosarkom 1, Adenokarzinom 1,

Cancroid 1, Karzinom 1, Fibrom 2, Angiom 1. Die makroskopische Diagnose ist stets sehr unsicher. Sämtliche Fälle sind ausführlich beschrieben, einige mit Abbildungen versehen. Das Adenokarzinom besteht seit 10 Jahren, und Pat. fühlt sich wohl, dagegen führte ein Sarkom in 10 Wochen zum Tode. Von den operativen Methoden verdient die digitale Evulsion den Vorzug.

G. Mühlstein (Prag).

38) **F. Perez.** Periamygdalite phlegmoneuse. Traitement par le serum de Marmorek.

(Revue de soc. med. Argentina 1902. Nr. 57.)

P. machte Untersuchungen über die Bakterienflora der Mundhöhle; es fiel ihm auf, daß in der Speichelflüssigkeit eines Rekonvaleszenten von einer phlegmonösen Angina auffallend viele Streptokokkenketten sichtbar waren. Er machte daher einen Versuch mit Serumbehandlung in einem analogen Falle. 20jähriges Mädchen, das schon ein Dutzend phlegmonöse Anginen überstanden hat, die durchschnittlich 10—15 Tage gedauert hatten. Auftreten einer gewöhnlichen Angina follic. Am 3. Krankheitstage Symptome einer sich bildenden tonsillaren Phlegmone; Dysphagie, Ohrenschmerz, nasale Stimme, Speichelfluß, Trismus, Unbeweglichkeit des Kopfes, Schmerzhaftigkeit bei der Tastung des Kieferwinkels, Temperatur 38,5. 24 Stunden später starkes Ödem der Uvula. Hierauf subkutane Injektion von 40 ccm Marmorek-Serum um 2 Uhr p. m.; 5 Stunden nach der Injektion begann eine auffallende subjektive Besserung aller schmerzhaften Symptome. Die Kranke konnte auch schon wieder gut schlucken. Die Temperatur verhielt sich folgendermaßen: 2 Uhr 38,2, 3 Uhr 37,8, 6 Uhr 38,0, 11 Uhr 38,0, 6 Uhr Morgens 36,6, 8 Uhr Morgens 37,0. Das Ödem der Uvula war bereits ganz geschwunden. Es wurden nun weitere 20 ccm Serum eingespritzt. Am folgenden Tage war Pat. vollkommen wieder hergestellt. **Stein** (Wiesbaden).

39) **Mygind-Holger.** Lupus vulgaris pharyngis. Eine klinische Untersuchung.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 372.)

Verf. hat in Finsen's medizinischem Lichtinstitut in Kopenhagen bei 200 Lupuskranken die oberen Luftwege untersucht und gibt in dieser Arbeit die Resultate, soweit sie Rachen und Gaumen betreffen. Er fand im Ganzen unter diesen 200 Pat. 36, also 18%, mit Lupus pharyngis, und zwar 13 Männer und 23 Frauen. Es werden dann sehr genaue Daten über Art der Erkrankung, Lokalisation etc. gegeben. **Manasse** (Straßburg i/E.).

40) **Hofmeister.** Nachtrag zu der in Nr. 6 erschienenen Mitteilung über Auswanderung verschluckter Fremdkörper aus der Speiseröhre etc.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins Bd. LXXIII. Nr. 7.)

Weiterer einschlägiger Fall: Dem 13jährigen Pat. war vor etwa 11 Wochen beim Gerstendreschen etwas in den Schlund geraten. Zunächst heftige Schmerzen, nach einigen Tagen Rückgang der Beschwerden, ca. 7 Wochen später Entwicklung eines kleinen Knötchens am Halse, das sich allmählich zu einem Abszeß rechts neben dem Schildknorpel von der Größe einer halben Nuß ausbildete, ähnlich einer erweichten tuberkulösen Lymphdrüse. Spaltung und Auslöffelung lieferte wenig rahmigen Eiter und ziemlich viel schlaffes Granulationsgewebe; eine Fortsetzung des Abszesses gegen die tiefer liegenden Halsorgane wurde nicht gefunden; im entfernten Granulationsgewebe Reste einer Gerstenähre.

Mohr (Bielefeld).

41) **P. Sebileau.** L'oesophagotomie externe appliquée chez l'enfant. L'extraction de monnaie.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXIX. Fasc. 1.)

S. beobachtete innerhalb weniger Monate fünf Kinder, bei denen ein verschlucktes Geldstück in der Speiseröhre saß; bei vier gelang die Extraktion,

während das fünfte der Behandlung entzogen wurde. Seine dabei gemachten Erfahrungen legt S. in der vorliegenden Arbeit ausführlich nieder; er bespricht die in Betracht kommenden Verhältnisse nach folgenden Gesichtspunkten.

1) Sitz des Geldstückes. Die kleinste französische Münze hat einen Durchmesser von 25 mm, einen Umfang, der mit der durchschnittlichen Weite des Ösophagus bei Kindern unter 8 Jahren genau identisch ist. Deshalb bleiben bei Kindern in diesem Alter die Münzen stets an der ersten engeren Stelle, am Anfang des Brustteiles stecken. Das war bei 11 von 12 Fällen, die Channac gesammelt hat, der Fall, ebenso bei vier von den fünf Pat. S.'s (5 Skiagramme). Nur bei einem Kinde saß die Münze tiefer, an der Stelle der zweiten Enge; die größere Weite des Ösophagus bei dem etwas älteren Kinde (9 Jahre) erklärt dieses Verhalten.

2) Bei den vier operierten Fällen lag die Münze stets in der Frontalebene, in einer Lage also, in die sie beim Schluckakte unbedingt kommen muß. Während bei dieser Situation des Fremdkörpers Vorder- und Rückwand des Ösophagus nicht leiden, sind die Seidenwände durch die Kanten einem erheblichen Drucke ausgesetzt. Infolgedessen kann es zu Usur der Seitenwand, Abszeßbildung und Durchbruch ins Mediastinum kommen. Nach S. ist dieser Verlauf jedoch nicht die Regel, vielmehr bilden sich, meist schon während die Wand usuriert wird, Verwachsungen mit der Umgebung, die für längere Zeit einen Schutzwall bieten. Bei Extraktionsversuchen mit dem Münzenfänger können diese zerrissen werden (Fall von Denis). Die reaktive Entzündung in der Umgebung der Münzen kann zu Rekurrenslähmung führen, wie zwei Fälle von S. beweisen.

3) Die durch den Fremdkörper bedingten Beschwerden sind meist gering, die Nahrungsaufnahme ist wenig gestört, anfangs vorhandene Schmerzen schwinden meist schnell. Sondenuntersuchung hält S., da die Skiagraphie stets sichere Resultate liefert, für überflüssig, unter Umständen ist sie gefährlich.

4) Blinde Extraktionsversuche mit Grätenfänger, Haken etc. sind nach S. verwerflich, über Extraktion mit Hilfe des Ösophagoskopes fehlen ihm Erfahrungen. Die Oesophagotomia ext. ist bei Kindern nicht schwierig. S. beschreibt die Methode sehr ausführlich. Von vier operierten Pat. trat bei zweien Heilung per primam ein, bei einem war geringe, bei einem starke Eiterung vorhanden. Die Ernährung erfolgte während der ersten 8 Tage durch Dauerschlundsonde.

Hinsberg (Breslau).

42) **Cauzard et Delobel.** Epithélioma intra-laryngien. Laryngectomie totale. Mort.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. T. XXVIII. Fasc. 10.)

Pat., dessen Krankengeschichte die Autoren wiedergeben, ging 4 Tage nach der Totalexstirpation des Kehlkopfes asphyktisch zugrunde, nachdem er zunächst die Operationsfolgen gut überstanden hatte. Bei der Besichtigung der Wunde post mortem fand man die Hinterwand der Trachea in der Höhe des 2. und 3. Ringes zerstört, durch eine Öffnung drang die Sonde ins Mediastinum. Ursache der Nekrosenbildung war nach Ansicht der Autoren Ernährungsstörung in der von der Umgebung isolierten Trachea und Druck der Kanüle.

Hinsberg (Breslau).

43) **Mollica.** Contributo clinico allo tracheotomie di urgenza per mignatta.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1903. Nr. 23.)

Ein 13jähriger Knabe wurde mit den Erscheinungen hochgradiger Stenose der oberen Luftwege in das Ospedale civico in Palermo eingeliefert. Die Anamnese ergab nur den kurz vorher plötzlich erfolgten Eintritt der Stenoseerscheinungen. Eine subkutane Morphiuminjektion hatte eine wenige Minuten dauernde Euphorie zur Folge. Nachdem nunmehr ein mechanisches Hindernis wahrscheinlich geworden war, wurde die Tracheotomia inferior ausgeführt. Nach dem Einführen der Luer'schen Kanüle verschwindet die Dyspnoë, um nach 5 Minuten wieder-



zukehren. Nunmehr wird ein zweites Rohr in die Kanüle eingeführt, das einen elastischen Widerstand findet. Beim Herausziehen der Kanüle wird ein Blutegel entfernt. Pat. gab später an, daß er vorher aus dem Kanalabflußwasser getrunken hatte. **Dreyer** (Köln).

44) Wettstein. Weitere Mitteilungen über die Resultate der Diphtheriebehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

Blattner hat in einer ausführlichen Arbeit über die Resultate der Diphtheriebehandlung an der Züricher chirurgischen Klinik vom Oktober 1894 bis August 1897 berichtet. W. setzt diesen Bericht fort für die Zeit vom 1. August 1897 bis 1. Januar 1902 in einer sehr sorgfältigen Arbeit, welche das große Material von allen Gesichtspunkten aus durchdringt und mit zahlreichen Tabellen alle in Betracht kommenden Fragen beantwortet. In diesem Zeitabschnitte wurden 549 Pat. an Diphtherie behandelt. Eingerechnet sind nur solche Fälle, in welchen bakteriologisch sicher Diphtherie nachgewiesen wurde. Alle ohne Ausnahme, auch solche, die in schlechtestem Zustande kamen, so daß der baldige Tod zweifellos war, wurden mit Serum behandelt. Injiziert wurden fast durchgehends 1000 Antitoxineinheiten, selten weniger oder mehr; meist wurde nur eine Injektion gemacht. Die günstige Einwirkung der Serumtherapie auf Allgemeinzustand und rasche Abstoßung der Membranen war die oft geschilderte. Nie kam es vor, daß ein Kranker, der beim Eintritt nur Rachendiphtherie zeigte, später an Kehlkopfdiphtherie erkrankte. Auch wenn schon bei der Aufnahme Kehlkopfdiphtherie bestand, wirkte das Serum günstig; in 30% dieser Fälle konnte die Operation umgangen werden. Die Folge davon ist, daß nur sehr schlechte Fälle zur Operation kamen. Das Décanulement konnte früher stattfinden als in der Zeit vor Anwendung des Serums. Stets wurde die Tracheotomia superior ausgeführt; nur 48mal wurde Intubation angewandt. Je früher ein Diphtheriepatient mit Serum behandelt wird, um so größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß nicht operativ eingeschritten werden muß; die Prognose eines Operationsfalles ist um so besser, je kürzere Zeit die Erkrankung schon dauert. Nur 18,71% der Aufnahme brauchten operiert zu werden, nämlich 106; von diesen starben 44 = 41,51%. Da bekannt ist, daß die Antitoxine sehr schnell wieder ausgeschieden werden, so ist es nicht auffallend, daß auch bei der Serumtherapie Rezidive vorkommen. Es wurden drei beobachtet. Ebenso wenig schützt die Serumtherapie vor Wiedererkrankungen nach Jahren: davon wurden gleichfalls drei konstatiert.

Von Komplikationen kamen in 11% der Fälle Bronchopneumonien vor. Die Zahl der Albuminurien nach Diphtherie ist durch das Serum bedeutend herabgedrückt worden, besonders seitdem höher konzentriertes Serum genommen wurde. Die postdiphtherischen Lähmungen haben in der Serumperiode erheblich abgenommen. Die Zahl der Exantheme im Diphtherieverlauf hat zweifellos zugenommen; schuld daran sind aber nicht die im Serum enthaltenen Antitoxine, sondern das Serum als solches; bei Gaben hochwertigen Serums aber kamen sie weniger häufig vor.

Seruminjektionen mit der direkten Absicht der Immunisierung wurden nicht gemacht. Eine Immunisation ist aber doch zweifellos; denn von 238 Fällen, welche mit der Diagnose Diphtherie in das Diphtheriegebäude aufgenommen wurden und mit Serum behandelt waren, bevor die bakteriologische Untersuchung auf Diphtheriebazillen negativ ausgefallen war, erkrankte keiner an Diphtherie.

Die relative Mortalität an Diphtherie im ganzen Kanton Zürich ist während der 7 Jahre der Serumbehandlung in eklatantester Weise gesunken, von 17,1% der Vorserumzeit auf 8,9% in der Serumperiode, in der Züricher chirurgischen Klinik von 35,72% auf 13,18%. Interessant ist, daß die Mortalitätsziffer für die Diphtherie der Erwachsenen sich zum mindesten gleich geblieben ist; es rührt das daher, daß Erwachsene im allgemeinen noch an späteren Tagen in Behandlung kommen als Kinder.

W.'s Untersuchungen bieten einen glänzenden Beweis für die Wirksamkeit

der Serumbehandlung, so daß er zu dem Schlusse kommt: der Arzt, welcher klinisch die Diagnose Diphtherie stellt und nicht sofort eine Seruminjektion macht, begeht einen Kunstfehler. **Haeckel** (Stettin).

45) **Comey.** Chylous ascites. Report of a case due to total occlusion of the thoracic duct.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Januar 29.)

61jähriger Mann, der früher Pocken, später Nierensteinkolik gehabt hatte, sonst aber durchaus gesund gewesen war und zur Zeit der ersten Erkrankung auch einen sonst gesunden Eindruck machte bei sehr gutem körperlichen Allgemeinzustande, erkrankte im Laufe von 4 Monaten dreimal unter Erscheinungen einer Phlebitis und allgemeiner Infektion. Die Erkrankung begann mit Schwellung und Rötung des rechten Beines und erstreckte sich auf den Unterleib und Rücken auch linkerseits; das linke Bein blieb frei; im Verlaufe traten Anfälle von Atemnot unter ähnlichen Erscheinungen wie bei Lungenembolie ein. Die beiden ersten Male erholte Pat. sich bis auf bleibende Schwellung des linken Beines, erst beim dritten Anfalle stellten sich allgemeine Ödeme und Ascites ein, welch letzterer abgezapft wurde und sich als reiner Chylus erwies. Pat. starb unter Zeichen hochgradiger Atemnot und allgemeiner Erschöpfung. Die Sektion ergab gesunde Unterleibsorgane und Herz; die linke Lunge war zusammengefallen, wurde durch sehr feste Verwachsungen an der Spitze festgehalten; dort fanden sich alte verkalkte tuberkulöse Herde, die von festem Bindegewebe umgeben waren, welches die beiden Lungenlappen so fest zusammengezogen hatte, daß sie zusammen nur zweifaustgroß waren; sie wurden durch die Verwachsungen sehr fest gegen die hintere Brustwand angepreßt. Der Ductus thoracicus war stark verdickt, wie die histologische Untersuchung ergab, auf weite Strecken völlig bindegewebig entartet und verschlossen (chronische Lymphangitis). Die Mesenterial- und Bronchialdrüsen waren völlig in eine bräunliche, krümelige, strukturlose Masse umgewandelt. Als Ursache der Erkrankung wurde die alte Lungentuberkulose angesehen, von welcher aus die bindegewebige Entartung sich auf den Ductus thoracicus fortgesetzt hatte. — Es folgt allgemeine Behandlung des Gegenstandes mit tabellarischem Auszuge berichteter Fälle vom Jahre 1699 ab, im ganzen 47.

Trapp (Bückeburg).

46) **C. Firket.** Un cas d'hypertrophie atypique des seins.

(Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belges 1902. Nr. 10.)

Die Hypertrophie begann sich bei dem 11½ Jahre alten Mädchen ohne jegliche bekannte Veranlassung zu entwickeln, als sie noch nicht menstruiert war. Eltern gesund, Pat. vielleicht etwas zart gebaut, sonst in jeder Beziehung normal. Kein Fieber, keine Schilddrüsenabnormität, keine Anomalie am Uterus und den Bauchorganen. Das Wachstum der Brüste war ein sehr stürmisches: sie erreichten innerhalb eines Jahres 4 resp. 5 Pfund Gewicht, als man zur Exstirpation schritt. Je mehr sich die Brüste vergrößerten, um so mehr magerte Pat. ab und wurde anämisch. Vor der Operation hatte man therapeutisch Jod, Thyreoidintabletten, Massage, Kapseln von Apiol ohne jeglichen Vorteil angewendet. Nach der Operation trat sehr bald Heilung, bessere Ernährung und die Menstruation ein. Die Ursache des Leidens ist absolut dunkel.

F. betont, daß die mikroskopische Untersuchung atypisches Wachstum zeigte; wir haben es nicht mit reiner Hypertrophie zu tun. Es ist eine Unregelmäßigkeit in der Form der Drüsengänge, Unregelmäßigkeit in den Dimensionen, der Form und Gruppierung der Epithelialzellen und Unregelmäßigkeit in der Anlage des Bindegewebes gegeben, welche durch drei Tafeln bildlich erläutert werden. Zum Schlusse ist ein vollständiges Literaturverzeichnis aller bisher bekannt gewordenen einschlägigen Fälle angefügt. **E. Fischer** (Straßburg i/E.).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 23. **Sonnabend, den 6. Juni.** **1903.**

Die Gastroenterostomie mit Gastrostomie nach Rutkowsky.

Von

A. Hammesfahr in Bonn.

Das Verfahren Rutkowsky's, mit der Gastroenterostomie eine Gastrostomie zu verbinden, scheint wenig nachgeprüft worden zu sein. Rutkowsky empfahl das Verfahren in diesem Zentralblatt 1899 Nr. 39 und bezeichnete als seine Vorzüge erstens seine Einfachheit, dann die Sicherheit, mit der der Circulus vitiosus vermieden wird, endlich vor allem die Möglichkeit, den Kranken gleich nach der Operation hinreichend zu ernähren. Ich konnte mich in einer Reihe von 12 Fällen teils gutartiger, teils maligner Pylorusstenose von

diesen Vorzügen der Methode überzeugen und glaube, daß sie allgemeine Anwendung verdient. Daß das Verfahren einfach ist, ist zweifellos. Rutkowsky beschreibt die Technik nicht genauer, und ich möchte deshalb mit einigen Worten sagen, wie ich die Operation auszuführen empfehle. Man macht die Gastroenterostomia antecolica, also die einfache Wölfler'sche Gastroenterostomie, und zwar nach Kocher's Vorschlag am unteren Rand des Magens, am Fundus minor. Der Rand des Magens wird hier in einer Ausdehnung von ungefähr 5—6 cm durch Abtrennung des Lig. gastro-colicum und unter doppelter Unterbindung der hier an den Magen herantretenden Gefäße freigemacht. Das ist besonders deshalb empfehlenswert, weil durch die Unterbindung der Gefäße jede Blutung bei der folgenden Eröffnung des Magens aus der Magenwunde vermieden wird. Die erste Naht wird entlang der freigemachten Randpartie des Magens angelegt und die Gastroenterostomie in der üblichen Weise vollendet. Dann wird ca. 4 cm oberhalb, etwas nach links herüber, eine kleine Inzision in die vordere Magenwand gemacht und nun ein mittelstarker Nélatonkatheter durch diese Inzision und durch die Magen-Darmfistel in den abführenden Darmschenkel geschoben. Nimmt man dabei den Katheter in die rechte Hand und die vereinigte Magen-Darmpartie in die linke, so ist man jedesmal überrascht, wie leicht der Katheter sich einschiebt und wie sicher er in den abführenden Schenkel mit der linken Hand, die ihn gut durch Magen- und Darmwand durchfühlt, zu dirigieren ist. Er wird um 10 cm in den Schenkel hineingeschoben nnd dann mit einem Schrägkanal dem Magen aufgeheftet. Das obere Ende des Schrägkanals wird mit einigen Nähten am parietalen Bauchfell im oberen Teil der Wunde befestigt. Die Operation wird durch das Einlegen des Katheters um nicht mehr als 10 Minuten verlängert. Wird nun der Kranke gleich nach der Operation durch den Schlauch ernährt, so gelangt die Nahrung natürlich direkt in den abführenden Darmschenkel, und auch die Magensekrete nehmen nach dem Gesetze der Adhäsion ihren Weg am Katheter entlang. Ein Circulus vitiosus kann also nicht zustande kommen. Der funktionsuntüchtige, meist schlaffe Magen wird vorderhand zur Ernährung gar nicht in Anspruch genommen, an die Festigkeit der Naht werden nur die geringsten Ansprüche gestellt. Die Asepsis wird durch das Einführen des Schlauches — im Gegensatz zu anderen ähnlichen Methoden — in keiner Weise gestört. Daß dem Kranken beliebig viel Nahrung zugeführt werden kann, ohne daß man Erbrechen, Neigung zum Erbrechen oder auch nur Unbehagen zu fürchten braucht, ist natürlich bei den heruntergekommenen Kranken auch von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Der Schlauch wird nach 14 Tagen bis 3 Wochen entfernt, die Magenfistel schließt sich dann sehr schnell.

Bei meinen 12 Fällen, die nach diesem Verfahren operiert wurden, handelte es sich 7mal um Narbenstenosen oder stenosierende chronische Ulcera des Pylorus, 5mal um Pyloruskarzinom. Sämt-

liche Fälle sind glatt geheilt, in keinem einzigen trat Erbrechen oder Neigung zum Erbrechen ein; die Kranken mit gutartiger Stenose erholten sich natürlich außerordentlich schnell. Beim ersten der 12 Fälle habe ich den Pylorus wegen eines fibrösen Karzinoms reseziert; die Pat. hat seitdem — in $^5/_4$ Jahren — 50 Pfund an Gewicht zugenommen und ist heute noch völlig beschwerdefrei.

Nachtrag bei der Korrektur: Inzwischen habe ich einen weiteren Fall von chronischem, stenosierendem Ulcus pylori operiert und dabei diesmal eine Gastroenterostomie mit Hochnähung des zuführenden Schenkels (nach Schede) gemacht. Das nach der Operation, allerdings nur zeitweise auftretende, dann aber sehr heftige und unangenehme Erbrechen veranlaßte mich, zu relaparotomieren und nachträglich die Gastrostomie mit Einschiebung des Schlauches in den abführenden Schenkel zu machen. Danach hat das Erbrechen völlig aufgehört.

---

1) **Pfannenstiel.** Verbesserung der Laparotomietechnik.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 7.)

Der gewöhnliche Längsschnitt hat den Nachteil der größeren Lebensgefährlichkeit und die Möglichkeit der Entstehung von Bauchbrüchen. P. durchtrennt quer die Haut, Unterhautfettgewebe und Fascien 4 cm oberhalb der Symphyse in einer Ausdehnung von 10—20 cm. Event. wird der Schnitt bogenförmig verlängert. Der Muskel wird nicht quer durchtrennt. Sodann wird die Fascie nach oben und nach unten von den Mm. recti abgelöst und nun ein Längsschnitt durch die Linea alba und das Bauchfell geführt. Somit wird ein freier Zugang zu den Organen der Beckenhöhle geschaffen, da sich die von der Fascie befreite Muskulatur durch Bauchdeckenhalter leicht zur Seite drängen läßt. Bauchfell und Mm. recti werden durch eine fortlaufende Katgutnaht längs, Haut und Fascie durch eine Achtertour mit Silkwormnähten quer vereinigt.

Es eignen sich für die Schnittführung fast alle gynäkologischen Operationen, nur nicht große Geschwülste des Uterus und der Ovarien, die abdominale Radikaloperation wegen Carcinoma uteri und der Kaiserschnitt.

Borchard (Posen).

---

2) **Connell.** Gastrointestinal perforation and their diagnosis.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. April 4.)

Eine sehr ausführliche Abhandlung über den Gegenstand mit Berücksichtigung alles bisher Bekannten. Bisher kann eine Magen- oder Darmperforation nicht sicher diagnostiziert werden ohne Zuhilfenahme der Probelaparotomie oder des Abwartens, bis Peritonitis eingetreten ist; beides ist unbefriedigend und gefährlich für den Kranken. C. hat Versuche an Hunden angestellt, indem er von dem Gedanken ausging, daß in die Leibeshöhle eingetriebene sterile Luft oder Normalkochsalzlösung unschädlich ist, und beide können, wenn in gehöriger Menge angewandt, schon gleich nach der Darmeröffnung Stoffe aus

dem Darminhalt aufnehmen, welche sich chemisch nachweisen lassen. Durch Trokars wurde die Luft oder die Salzlösung in die Bauchhöhle gebracht, nach kürzerer oder längerer Zeit wieder entnommen und auf Schwefelwasserstoff, Ammoniak, Gallenbestandteile, Indol, Nitrate etc. untersucht. Verf. kam zu dem Ergebnis, daß der gesunde Peritonealraum keinerlei Stoffe derart in nachweisbarer Menge enthält, daß einfache eitrige Peritonitis, z. B. durch Verimpfung von Panaritieneiter, solche ebenfalls nicht erzeugt, daß aber bei Darmperforation gewöhnlich irgend einer dieser Stoffe entweder in der eingeführten Luft oder in der Kochsalzlösung nachgewiesen werden kann, und zwar schon bald nach Eintritt der Darmöffnung, ehe peritonitische Erscheinungen auftreten. Die nähere Versuchsanordnung kann hier nicht mitgeteilt werden. Da Luft- und Salzwasserfüllung der Leibeshöhle gut ertragen werden, fordert C. statt der Probelaparotomie den Versuch, auf seine Weise die Perforation festzustellen. Die Resultate scheinen aber, nach seinen Versuchen, hauptsächlich nur für den untersten Darmabschnitt einige Sicherheit zu gewähren, und kaum geeignet, die Probelaparotomie zu verdrängen.

Trapp (Bückeburg).

---

3) **E. Küster.** Die klinischen Zeichen der eitrigen und brandigen Formen der Epityphlitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 447.)

»Stellt man sich bei guter Beleuchtung an das Fußende des auf dem Rücken liegenden Kranken und fordert man ihn zu tiefem Einatmen auf, so bemerkt man, auch wenn die Schmerzhaftigkeit nur eine mangelhafte Befolgung dieser Anweisung zuläßt, einen deutlichen Unterschied zwischen beiden Bauchseiten. Während die linke Unterbauchgegend sich deutlich vorwölbt, bleibt die Inguinalgegend — soll vielleicht heißen »rechts«? (Ref.) — meist vollkommen in der Ebene, welche sie auch bei der Exspiration einnimmt. Seitdem ich auf dies Zeichen aufmerksam geworden bin, habe ich das selbe in Eiterungsfällen niemals vermißt; mehrfach habe ich nur auf dies Symptom hin eingeschnitten und den Abszeß mit großer Regelmäßigkeit gefunden.«

Mit diesen Worten beschreibt K. als neues wichtiges Zeichen für appendicitische Eiterung die »starre Feststellung der Bauchwand in der rechten Darmbeingrube«, auf welche bisher noch nie geachtet worden ist, die K. aber neben der von Curschmann beschriebenen, die eitrige Appendicitis begleitenden zunehmenden Leukocytose als wichtigstes neueres Symptom der Erkrankung ansieht. Dem Curschmann'schen Symptom ist sie aber wesentlich überlegen, da sie eine alsbaldige Diagnose gestattet, während die wiederholten Blutuntersuchungen auf Leukocytose mehr Zeit verlangen als die schwere, eine baldige Inzision erfordernde Affektion gewährt. Im übrigen spricht K. auch die sonst für die Diagnose bedeutsamen allgemeinen und örtlichen Zeichen kurz durch. (Gesichtsausdruck, Puls, Temperatur, Verdauungsstörung, örtlicher Schmerz, Entzüngsgeschwulst,

Bauchdeckenödem.) Die Eiterungsdiagnose wird stets mit fast voller Gewißheit zu stellen sein, und ist dies geschehen, so fordert K. ausnahmslos die sofortige Inzision.

Hinzuzufügen ist noch, daß K. die von ihm beschriebene respiratorische Bauchdeckenstarre im wesentlichen durch eine infolge der beginnenden Eiterung entstehende kleinzellige Infiltration im extraperitonealen Gewebe erklärt, welche die Elastizität der tiefen Bauchwandmuskeln aufhebt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

4) **Bäumler.** Die Behandlung der Perityphlitis.

(Therapie der Gegenwart 1903. Nr. 2 u. 3.)

An der Hand von pathologisch-anatomischen und klinischen Erörterungen kommt B. für die Therapie der Perityphlitis zu folgenden Hauptsätzen: die große Mehrzahl der Fälle heilt unter konservativer Behandlung. Nur bei Gangrän oder Perforation des Wurmfortsatzes mit alsbald auftretender allgemeiner Peritonitis ist sofort chirurgisch einzugreifen. Auch Abszesse können bei Perforation ins Coecum oder in den Darm, die Blase, die Scheide spontan heilen. Nachweisbare Abszesse sind zu eröffnen, wenn eine starke Vermehrung der Leukocyten (um das fünf- bis sechsfache) stattgefunden hat. Ob bei der Abszeßeröffnung der kranke Wurmfortsatz mit entfernt werden soll oder nicht, hängt von den Verhältnissen des Falles ab. Bei Rezidiven ist eine Entfernung des Wurmfortsatzes angezeigt, eine Operation, die, wenn auch bisweilen schwierig, von einem geübten Chirurgen ausgeführt. als gefahrlos bezeichnet werden kann. — Bei der konservativen Therapie findet Opium resp. Morphium-Atropin Anwendung, nicht Abführmittel. Darmlähmung oder Autointoxikation vom Darm aus bei Darreichung von Opiaten ist kaum zu fürchten. **Silberberg** (Breslau).

5) **E. Quénu** et **P. Duval.** L'ulcère simple du gros intestin.

(Revue de chir. Bd. XXII. Nr. 11 u. 12.)

Schon Cruveilhier hatte die Ansicht ausgesprochen, daß dem Magengeschwür analoge Erkrankungen sich in allen Teilen des Darmes, also auch im Dickdarm finden. Seither sind eine Reihe Beobachtungen dieser Affektion die Q. als Ulcus simplex bezeichnet, veröffentlicht worden, freilich ohne darum völlig die gleiche anatomische Veränderung zum Gegenstand zu haben.

Das Ulcus coli simplex, welches Q. auf die gleiche Stufe mit dem Ulcus ventriculi rotundum stellen möchte, ist ein ca. 6—7 mm, selten mehr, im Durchmesser haltendes Geschwür mit oft terassenförmiger Abstufung des Randes, je nach der Tiefe, mit welcher es gegen die Darmserosa vordringt. Die mikroskopische Betrachtung zeigt kleinzellige Infiltration der nächsten Umgebung und Thrombose kleinster bezw. kleiner Arterien im Grund und dessen Nachbarschaft. In dieser Endarteriitis findet Q. den Schlüssel zur Entstehung des Ulcus simplex und seiner entschiedenen Neigung, chronisch zu

werden. Es ist demnach ein hämorrhagisches, infiziertes Geschwür mit geringer Neigung zu heilen und ausgesprochener zu perforieren; ohne wesentliche Prädilektionsstellen entwickelt es sich ebensowohl an den normalerweise vorhandenen engen wie weiten Stellen des Dickdarmes. Ätiologisch kommen chronische Hartleibigkeit und Alkoholismus in Betracht.

Klinisch tritt das Geschwür anfangs wenig in Erscheinung. Paroxysmale Schmerzanfälle bei hartnäckiger Verstopfung bilden oft das einzige Zeichen, bis entweder entzündliche Schwellung oder Narbenretraktion und Ileus oder Verwachsung und Strangbildung mit nachträglicher Inkarzeration seine Existenz aufdecken. Vor allem jedoch sind Perforation und ihre Folgen, sowie wiederholte, oft sehr heftige Blutungen wichtige Komplikationen; letztere kommen besonders den im Mastdarm sitzenden Geschwüren zu.

Wenn das einfache Geschwür des Dickdarmes auch als gutartiges zu bezeichnen ist, kommt ihm doch wegen seiner Neigung zum Durchbruch eine hohe klinische Bedeutung zu. Man wird es selten mit Sicherheit diagostizieren können, da die einzigen Kennzeichen — Koliken und chronische Verstopfung — zu vieldeutig sind. Epitheliom, Verwachsungen (benachbarte Reizungen), Appendicitis (Paraappendicitis) kommen in Betracht, und manchmal wird man sich begnügen müssen mit der Feststellung eines lokalisierten Prozesses.

Natürlich müssen Mastdarm und Colon pelvinum besichtigt werden. Gegebenen Falls scheue man die Probelaparotomie nicht, die freilich, wenn am Peritonealüberzug des Colon nichts zu erkennen ist, ergebnislos bleiben kann.

Die Therapie bespricht Q. nur vom chirurgischen Gesichtspunkte aus; allgemeine Lehren sind erst noch zu schaffen. Er selbst hat ein stark blutendes Mastdarmgeschwür mittels Paquelin zur Heilung gebracht. Meist werden erst die Folgezustände des Geschwürs, Durchbruch, Verwachsungen etc., zu behandeln sein.

Die Arbeit Q.'s empfiehlt sich selbst; sie schließt mit der Wiedergabe der bisherigen und einer Reihe neuester Beobachtungen.

Christel (Metz).

---

6) **J. Blumberg** (Moskau). Über das Ballonsymptom bei Darmocclusion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 97.)

Das von Nothnagel erwähnte Ballonsymptom erscheint bei Auskultation mit gleichzeitiger Stäbchen-Plessimeterperkussion, wobei über strangulierten, meteoristisch geblähten Darmschlingen Metallklang hörbar wird. B. hat, wie er in seiner Arbeit kurz mitteilt, das Symptom in Leichenversuchen bei künstlich aufgeblähten Darmschlingen nachgeprüft und sich von seiner Zuverlässigkeit, insbesondere am S romanum und dem Blinddarm überzeugt. Ebenso bestätigt er die charakteristischen Auskultationsphänomene, die Henschen und Bendersky bei der von ihnen sog. »Transsonanz« und Runeberg

bei der von ihm angegebenen »Streichauskultation« angegeben haben. Bei ersterer findet eine leichte Fingerperkussion auf die Haut statt, bei gleichzeitiger Auskultation mit einem aus Trichter, Schlauch und Ohrolive bestehenden Stethoskop; bei letzterer werden mit dem Finger leichte streichende Bewegungen auf die Haut ausgeübt, welche auskultiert werden. Die »Transsonanz« ist im Bereich der meteoristischen Schlinge deutlich metallisch, die »Streichauskultation« ebenda als »Sausen und Brausen« hörbar, welches, wenn die Streichungen jenseits der meteoristischen Schlinge stattfinden, alsbald die starke Resonanz verliert und zu einem dumpfen und schwachen Geräusch wird.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

7) **H. L. Barnard** (London). Intestinal obstruction due to gall-stones.

(Annals of surgery 1902. August.)

B. hat 3 Pat. mit Gallensteinileus selbst operiert, von denen 2 starben. Außerdem berichtet er über 5 weitere Fälle, welche vor seiner Zeit im selben Hospital operiert wurden, von denen 3 tödlich endeten.

In allen diesen Fällen handelte es sich um ziemlich große Steine, deren kleinster 1 Zoll im Durchmesser maß. Verf. glaubt daher, daß alle Steine, welcher kleiner sind als 1 Zoll im Durchmesser, den Darm anstandslos passieren. Der Dünndarm wird weiter nach unten zu immer enger, so daß kleinere Steine erst weiter unten zum Verschluß führen. Je weiter nach oben zu also der Sitz des Darmverschlusses nach den Symptomen angenommen werden muß, desto größer ist voraussichtlich der den Verschluß bedingende Gallenstein.

Was die Häufigkeit des Vorkommens betrifft, so schätzt B., daß etwa auf 45 Fälle von Ileus ein Gallensteinileus kommt. Dabei ist das weibliche Geschlecht fünfmal so häufig befallen als das männliche.

Als besonders interessant ist hervorzuheben, daß unter den von B. berichteten 8 Fällen zweimal der Stein vor der Operation gefühlt werden konnte, nämlich einmal durch Scheide oder Mastdarm im Douglas, das andere Mal in der Ileocoecalgegend.

Was die Symptome anbetrifft, so bezeichnet B. als charakteristisch die folgenden:

1) Plötzlicher Beginn mit heftigen Schmerzen.

2) Dabei aber nicht immer sofortiger Darmverschluß; vielmehr erzielt man häufig zu Anfang noch mit Abführmitteln und Eingießungen geringe Entleerungen, und erst später bildet sich das typische Bild des Ileus aus.

3) Je höher oben der Verschluß sitzt, desto stürmischer die Erscheinungen. Dabei kommt es auch vor, daß anfangs die Erscheinungen stürmischer sind, dann nachlassen, wenn der Stein noch ein Stückchen weiter nach unten wandert, und schließlich wieder heftiger werden, wenn der Stein sich weiter unten definitiv festgesetzt hat.

4) Die Auftreibung des Bauches ist entsprechend dem meist ziemlich hohen Sitz des Verschlusses meistens nicht sehr stark, auch die Druckempfindlichkeit ist gering.

Seefisch (Berlin).

---

8) **Caminiti.** Über das solitäre Adenom der Leber mit Cirrhose.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Für das solitäre Adenom der Leber wird meist der kongenitale Ursprung angenommen. Eine Kombination von Adenom mit Cirrhose ist bisher erst in 2 Fällen beobachtet worden, zu denen Verf. zwei neue genauer im Detail geschilderte Fälle aus dem pathologischen Institut von Marchiafava in Rom hinzugefügt. Auf Grund der eingehenden Untersuchung der beiden durch Sektion erhaltenen Präparate ist C. der Ansicht, daß die Entstehung beider Geschwülste mit einer Wucherung des Leberepithels in Zusammenhang zu bringen ist, und daß in beiden Geschwülsten die morphologischen und in einem auch die funktionellen Eigenschaften des Leberepithels beibehalten sind. Beide Geschwülste waren von einer Kapsel umgeben, vom übrigen Lebergewebe getrennt und wiesen keinen bösartigen Charakter auf, sondern entsprachen durchaus dem Typus des Adenoms. Die umschriebene Form des Adenoms der Leber ist diejenige, welche dem Begriff einer Geschwulst am nächsten kommt. Die Zusammenfassung sämtlicher adenomatösen Formen der Leber in eine einzige Kategorie ist nach Ansicht des Autors von Nachteil für die klinische Diagnose. Eine noch strittige Frage ist die, ob die Cirrhose als Folgeerscheinung der adenomatösen Geschwulstknoten oder ob das Adenom als sekundäre Erscheinung der Cirrhose zu betrachten ist. Am annehmbarsten erscheint die Anschauung, daß das Zusammentreffen von Adenom und Cirrhose der Leber ganz unabhängig von einander, also ein Zufall ist. Das Studium der Geschwulst hat bisher erwiesen, daß in ihm nicht nur der Typus eines gewissen organischen Gewebes wiedergegeben wird, sondern daß sich in demselben auch die Funktion wiederholt, welche die der ursprünglichen Elemente ist; freilich kann sich diese Funktion nicht den Gesetzen der Pathologie entziehen, d. h. sie muß von der Funktion des Muttergewebes abweichen. Ciechanowsky hat die intracelluläre Sekretion im Adenom und Adenokarzinom der Leber einem eingehenden Studium unterworfen und kam zu dem Schluß, daß in den genannten Geschwülsten eine sehr lebhafte Gallensekretion vor sich geht, und Verf. kann ihm auf Grund seiner Beobachtungen darin nur zustimmen, daß es sich hier um funktionierende Geschwülste handelt. Die Behandlung des Adenoms kann selbstverständlich nur eine chirurgische sein, zu der man nur dann schreiten wird, wenn die Geschwulst auf der vorderen Fläche der Leber liegt, und besondere Rücksichten einen operativen Eingriff für notwendig erachten lassen.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

9) **A. Gilbert** und **A. Lippmann.** Le microbisme biliaire normal.

(Société de biologie Bd. XXXI. Hft. 1.)

Verff. kommen nach ihren Versuchen an gesunden Tieren verschiedener Arten zu folgenden Schlüssen: Im normalen Zustande sind die Gallenwege fast auf der ganzen Strecke ihres extrahepatischen Verlaufes Sitz einer reichen anaëroben Mikrobenflora. An Stelle der alten Anschauung, daß physiologischerweise eine aërobe, auf den unteren Teil des Choledochus beschränkte Infektion der Galle vorhanden sei, setzen die Verff. folgendes Schema, welches die Gallenwege in 5 aufeinander folgende Abschnitte einteilt: 1) Klassische Zone einer aëro-anaëroben Infektion — Vater'sche Ampulle und unteres Drittel des Choledochus. 2) Übergangszone — mittleres Drittel des Choledochus. Die aëroben Keime (Kolibakterien, Darmkokken) verschwinden allmählich und machen den anaëroben Platz (hauptsächlich Funduliformis und Perfringens, in zweiter Linie: Ramosus, Fragilis und Radiformis). 3) Zone der reinen Anaërobiose — oberes Drittel des Choledochus und Gallenblase. 4) Zone der abnehmenden Anaërobiose — Beginn der Leber-Gallengänge. 5) Zone der absoluten Sterilität: Leber-Gallengänge, intrahepatische Gänge.

Mohr (Bielefeld).

---

10) **W. A. Worobjew.** Über Gallensteinsymptome bei Pankreaserkrankungen.

(Chirurgia 1903. Januar. p. 76. [Russisch.])

Auf Grund der Literatur zeigt W., daß die Pankreaserkrankungen oft Gallensteinsymptome hervorrufen bei gesunden Gallenwegen, ferner oft gleichzeitig mit Leberleiden vorkommen, und in solchen Fällen die Symptome verschiedenen Ursprungs sein können. Zum Schluß stellt er folgende Fragen auf: 1) Bildet das Auftreten von Pankreassymptomen bei Gallensteinkranken nicht eine Indikation zur sofortigen Operation? 2) Wenn der Chirurg bei Operationen an den Gallenwegen eine begrenzte höckerige Pankreasgeschwulst findet, muß er nicht an Cysten, Abszesse und Pankreassteine denken und sich mit bloß äußerlicher Untersuchung begnügen? 3) Können Operationen an den Gallenwegen, die das Pankreas mechanisch reizen, nicht Erkrankungen des letzteren erzeugen? (Stockton, Williams Pancreatitis haemorrhagica). 4) Da das Experiment die Regenerationsfähigkeit des Pankreas beweist, bildet da die Erschöpfung und langdauernde, der Therapie trotzende Glykosurie des Pat. eine Kontraindikation zu Eingriffen am Pankreas? 5) Soll man bei Verdacht auf Pankreaskrebs besonders bei jüngeren Pat. ohne Erkrankung der Gallenwege nicht doch die Laparotomie ausführen und das Pankreas untersuchen? (Möglichkeit einer chronischen Pankreatitis.)

Gückel (Kondal, Saratow).

Kleinere Mitteilungen.

11) **Pels-Leusden.** Über Ösophagotomie, zugleich ein Beitrag zur Behandlung der periösophagischen Phlegmone.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. p. 338.)

Verf. berichtet über 3 Fälle von Fremdkörper in der Speiseröhre, die in der König'schen Klinik durch Ösophagotomie entfernt wurden.

Fall I. 8jähriger Knabe hatte vor 72 Tagen eine scharfrandige Blechmarke verschluckt, welche durch Röntgenbild in der Höhe des 2. Brustwirbels festgestellt und extrahiert wurde. Nach 5 Wochen wurde Pat. vollkommen geheilt entlassen.

Fall II: 29jähriger Mann. Das verschluckte Knochenstück hat heftige Schmerzen in der Höhe des Kehlkopfes gemacht. Bei der Extraktion erweist es sich als unregelmäßig gestaltet, scharfrandig, fest eingekeilt, aashaft stinkend. $4^1/_2$ Wochen p. op. völlige Heilung.

Fall III: Die 65jährige Frau empfand durch das verschluckte Knochenstück heftige Schmerzen in der oberen Brustapertur und Atemnot, hatte einen üblen Geruch aus dem Munde und war sehr heruntergekommen. Bei Entfernung des sehr spitzen, scharfrandigen Knochenstückes fühlte der abtastende Finger jederseits in der Speiseröhre eine große Perforationsöffnung und gelangte in eine zu beiden Seiten und hinter der Speiseröhre gelegene, reichliche Mengen dünner jauchiger Flüssigkeit enthaltende Höhle, in eine intrathorakale, periösophageale, jauchige Phlegmonehöhle. Drainage. Hochlagerung des Fußendes des Bettes, um günstige Abflußverhältnisse zu schaffen. 4 Wochen nach der Operation konnte Pat. schon feste Speisen schlucken und 3 weitere Wochen später in gutem Ernährungszustande entlassen werden.

Dieser Fall ist der zweite durch Operation geheilte Fall jauchiger periösophagealer Phlegmone.

Langemak (Rostock).

12) **Canella.** Herida por arma de fuego en el abdomen. Expulsion del proyectil por el ano a los tres anos de recibida la herida.

(Revista de med. y cir. pract. de Madrid Nr. 771.)

Ein Soldat erhielt einen Schuß im spanisch-amerikanischen Kriege am 10. Juli 1898. Die Eintrittsöffnung des Schusses befand sich in der Axillarlinie, entsprechend dem 5. Interkostalraume. Eine Austrittsöffnung war nicht vorhanden. Das Geschoß hatte zuerst einen mit Erde gefüllten Munitionskasten durchschlagen. Der Verwundete wurde nicht operiert und verließ das Lazarett nach 6 Wochen. Es bestanden damals bohrende Schmerzen links vom 10. und 11. Brustwirbel, die durch Fingerdruck gesteigert werden konnten und sich auch vermehrten, wenn Pat. den Rumpf nach vorn beugte. Das Röntgenbild zeigte das Geschoß an der entsprechenden Stelle. Da eine dringende Indikation nicht vorlag, und da insbesondere der Kranke seinen Beruf als Barbier gut versehen konnte, so wurde kein Eingriff vorgeschlagen. Neue Beschwerden traten nicht auf. Am 14. Oktober 1901 verspürte Pat. plötzlich große Schmerzen im After während der Defäkation, und nachdem er dieselbe mit großer Anstrengung beendet hatte, fand er im Kot das Geschoß. Die Beschwerden sind geschwunden.

Stein (Wiesbaden).

13) **Lund, Nichols, Bottomley.** Six cases of rupture of the intestines with four recoveries.

(Med. and surg. reports of the Boston city hospital 1902.)

Von den sechs Fällen von Darmrupturen (mit vier Heilungen) ist einer bemerkenswert, weil die Art, wie er zustande kam, ein Unikum darstellen dürfte; es handelte sich um einen 40jährigen Mann, der, ruhig auf der Straße stehend,

von der Deichsel eines Wagens hinten in der linken 10. Rippe getroffen wurde und hier auch eine etwa markstückgroße Kontusion hatte. 18 Stunden nach dem Unfalle zeigten sich alle Symptome einer diffusen Peritonitis; die Laparotomie erwies eine Perforation, in die die Spitze des Zeigefingers hineingelegt werden konnte. Trotz vorübergehender Besserung erlag Pat. 72 Stunden nach der Operation.

Scheuer (Berlin).

14) **D'Arcy Power.** Some cases of gastric and intestinal perforation and the lessons they teach.

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XXXVIII. p. 5.)

Verf. weist auf die oft vorhandene Schwierigkeit hin, Magen- und Darmperforationen rechtzeitig zu erkennen, da nicht selten die hierfür klassischen Zeichen der bretharten Spannung und der Bewegungslosigkeit der Bauchdecken sowie die aufgehobene Leberdämpfung fehlen. Für ihn sind die wichtigsten Symptome die plötzlich aufgetretenen Leibschmerzen mit Empfindlichkeit der Bauchdecken bei Berührung, das Zunehmen des Pulsschlages von einer halben Stunde zur anderen, endlich besonders die auf einen bestimmten Punkt begrenzte Schmerzhaftigkeit des Bauches. So früh als möglich soll die Bauchhöhle eröffnet und nach Vernähen der Magen- und Duodenumöffnungen gerade bei diesen drainiert werden, da sich nach Magen- und Duodenumperforationen leicht subphrenische Eiterungen entwickeln. Anfangs werden die Perforationen leicht mit anderen Krankheiten, besonders mit Appendicitis, verwechselt, da der Inhalt des Magens und Dünndarmes nach der rechten Darmgrube fließt und hier zunächst eine Entzündung des Bauchfells hervorruft.

Die nach diesen allgemeinen Sätzen folgenden klinischen Fälle betreffen fünf Perforationen nach Magengeschwür, vier perforierte Duodenalgeschwüre, zwei perforierte Dickdarmgeschwüre, endlich eine Perforation am Wurmfortsatze. Die perforierten Magengeschwüre wurden operativ angegriffen bis auf einen Fall, der 32 Stunden nach dem Einsetzen der schweren Erscheinungen moribund ins Hospital eingeliefert wurde. Drei der Magengeschwüre wurden durch die Operation geheilt, eins führte 19 Tage nach der Operation zum Tode infolge subphrenischen Abszesses und Lungenentzündung. Viermal saßen die Magengeschwüre an der vorderen Wand, einmal an der hinteren Seite. Großer Wert wird auf die Nachbehandlung gelegt. Vor Ablauf von 24 Stunden wurde keine Nahrung durch den Mund verabfolgt, dann jede Stunde etwas heißes Wasser und nach Ablauf von 18 Stunden die erste flüssige Nahrung gegeben. Durch sehr bald nach der Operation eingeleitete Nährklystierbehandlung wurden die Körperkräfte aufrecht erhalten. Die in der Magenwand vorgefundenen Öffnungen wurden durch Lembert'sche Nähte, teils mit über die Nahtlinie genähtem Netz, geschlossen. Von den vier Duodenumperforationen konnte nur ein Fall durch die Operation gerettet werden, von den drei übrigen endigte einer infolge Durchschneidens der Nähte, der zweite infolge 8 Tage nach der Operation in die Bauchhöhle durchgebrochenen subphrenischen Abszesses, der dritte endlich 5 Stunden nach der Operation durch Chok tödlich. In den drei Fällen von Dickdarmperforation handelte es sich nicht um operativen Schluß einer Darmöffnung; die Fälle bieten auch sonst nichts Bemerkenswertes.

Herhold (Altona).

15) **Rauenbusch.** Beiträge zur Lokalisation und Verbreitungsweise der eitrigen Peritonitis.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

Während die Kenntnis der Lokalisation der eitrigen Peritonitis im wesentlichen auf den von Chirurgen bei Operationen gemachten Beobachtungen beruht, haben die pathologischen Anatomen nicht viel zu dieser Frage beigesteuert. Es ist daher anerkennenswert, daß R. aus dem pathologischen Institute in Breslau eine große Reihe von Sektionsbefunden mitteilt und kritisch bespricht, die auch für die speziellen klinischen Interessen von Wert sind. R. gibt zunächst sechs

Fälle von Peritonitis, welche supraomental sich abspielte, einen, der rein infraomental lokalisiert war, sodann fünf, in denen die Peritonitis von oben nach unten, und endlich sechs, in denen sie von unten nach oben stieg. Besonders betont wird der vollkommen diaphragmaartige Abschluß, der durch Verlötung von Netz und Colon transversum zwischen oberem und unterem Teile der Bauchhöhle entstehen kann. Die Verbreitungs- und Ursprungsarten des subphrenischen Abszesses werden eingehend besprochen, überall analoge Beobachtungen aus der Literatur herangezogen. **Haeckel** (Stettin).

16) **W. Dwight.** General purulent peritonitis, with a report of 35 cases, of which 15 recovered.

(Med. and surg. reports of the Boston city hospital 1902.)

Aus dem großen Materiale des Bostoner städtischen Krankenhauses berichtet Verf. über 35 Fälle von allgemeiner Peritonitis mit der günstigen Heilungsziffer 15 = 42,8%; er wendet ein Verfahren an, das ungefähr dem Rehn'schen, das er übrigens nicht nennt, entspricht, nur ist es nicht so radikal. Verf. legt gerade darauf großes Gewicht; er macht einen sehr kleinen Bauchschnitt (von $1^1/_2$ bis $2^1/_2$ Zoll Länge) und führt durch denselben ein Glasdrain ein, das er nach allen Seiten herumführt, während er mit kolossalen Kochsalzwassermengen (20—25 Flaschen von 2 Quart Inhalt) durchspült; er verwendet nur leichte Äthernarkose, der er einen stimulierenden Einfluß beimißt; nach der Durchspülung werden vier Jodoformgazedrains gelegt; die Quelle der Infektion definitiv sofort zu beseitigen, hält Verf. nicht für unbedingt nötig.

Die Resultate des Verf. sind beachtenswert; eine Tabelle gibt kurz die Fälle wieder, welche Appendicitiden, geplatzte Salpingitiden etc. betreffen.

Scheuer (Berlin).

17) **Porak et Durante.** De quelques péritonites chez le nouveau-né.

(Soc. d'obstétrique, de gynécol. et de pédiatrie de Paris 1902. Dezember.)

1) Am 6. Tage nach der Geburt Entwicklung einiger Aknepusteln, am 12. Tage Durchfälle, Erbrechen, bis zum Tode am 15. Tage andauernd normale Temperaturen. Autopsie: Darmschlingen rot und injiziert, die Bauchhöhle ist von einer graugelben Masse von wachsartiger Konsistenz ausgefüllt, die fast ganz aus geronnenem (während des Lebens flüssigem) Fett besteht; außerdem Bakterium coli. Die Peritonitis wurde vielleicht durch Infektion des Nabels durch die Aknepusteln veranlaßt. Eine derartige fettige Ausscheidung des Bauchfells an Stelle der gewöhnlichen serös-fibrinösen ist bisher nicht beschrieben worden.

2) Am 5. Tage nach der Geburt Ikterus, Erbrechen; Tod am 10. Tage. Autopsiebefund: Colitis ulcerosa im Bereiche des Querkolons, Perforation eines der Geschwüre an der Hinterwand des Kolons, umschriebene Peritonitis in der Umgebung. Verff. halten die Erkrankung für vaskulären Ursprungs.

3) Septischer Allgemeinzustand, Nabeleiterung, Hypothermie, Tod am 21. Tage nach der Geburt. Autopsiebefund: Die Bauchwandgefäße am Urachus und ebenso in der rechten Fossa iliaca stark injiziert, Wurmfortsatz an der Spitze nekrotisch und perforiert, diffuse Peritonitis, am ausgesprochensten in der Umgebung des Coecums. Verff. nehmen an, daß, nachdem die Blutbahn vom Nabel aus infiziert war, die Appendicitis auf dem Blutwege zustande kam. **Mohr** (Bielefeld).

18) **Malgaigne et Souligoux.** Abcès gazeux sous-phréniques par perforation d'ulcère stomacale.

(Méd. moderne 1903. Nr. 6.)

Zwei Fälle von subphrenischen Gasphlegmonen, bei denen die Diagnose im ersten Falle durch die Autopsie, im zweiten durch die Operation ihre Bestätigung fand.

1) Die 43jährige Pat. war 3 Monate vorher mit Magenbeschwerden und Erbrechen, das schließlich unstillbar wurde, erkrankt. Nach einem heftigen Schmerz-

anfalle hörte dasselbe auf, es traten eitrige Stühle ein. Es wurde ein subphrenischer Abszeß über dem rechten Leberlappen angenommen. Bei einer hier wiederholt vorgenommenen Probepunktion wurde indes nur Luft entleert. Der Grund hierfür lag — wie die Autopsie ergab — darin, daß die Perforationsstelle des Geschwüres am tiefsten Punkte der Abszeßhöhle lag. So konnte der Eiter ständig abfließen und veranlaßte die Diarrhöen, während die Höhle selbst fast nur Luft enthielt.

2) Im zweiten Falle hatte Pat. 3 Jahre vorher Blutbrechen bekommen und war dann plötzlich unter peritonitischen Erscheinungen erkrankt. Bei der Aufnahme wurde ein Abszeß mehr in der Mittellinie über dem linken Leberlappen gefunden, der der Perforation durch die Haut nahe war. Durch eine Inzision wurde Gas und Eiter entleert, nebst einigen Rosinenkernen. Trotz genauen Suchens war die Perforationsstelle im Magen nicht zu finden. Als Grund der schnellen Vernarbung sieht Verf. die Tatsache an, daß der Magen durch das viele Erbrechen beim Eintritte der Perforation fast leer ist.

Coste (Straßburg i/E.).

19) G. Montes and B. Blacke. The normal appendix: its length, its mesentery and its position or direction as observed in 656 autopsies.

(Med. and surg. reports of the Boston city hospital 1902.)

Verff. haben das Sektionsmaterial des Bostoner städtischen Krankenhauses von 1896—1902 in einer Zahl von 1400 Fällen auf den normalen Wurmfortsatz hin untersucht und 656 Fälle verwenden können, bei denen dieser nicht in irgend einer Beziehung zur Todesursache stand; sie fanden eine mittlere Länge von 7,90 cm (längster 24 cm, kürzester 1 cm); beinahe die Hälfte hatte ein ebenso langes Mesenterium, die andere hatte ein ungefähr halb so langes; in vereinzelten Fällen fehlte es völlig. Bezüglich der Lage und Richtung des Wurmfortsatzes zeigte sich, daß in 424 von 572 verwendbaren Fällen der Verlauf nach unten und innen, gegen das Becken zu, gerichtet war (74%).

Verff. haben zum besseren Verständnis ein Schema mit Kreiseinteilung gegeben, in welches die einzelnen Verläufe nach ihrer Häufigkeit eingetragen sind.

Scheuer (Berlin).

20) Corbellini. El bacilo de Pfeiffer en la appendicitis.

(Revista de la sociedad medica argentina 1902. Nr. 57.)

C. glaubt, daß die oft fast epidemisch auftretende Appendicitis durch den Influenzabazillus veranlaßt wird. Der Beweis sei deshalb so schwer zu erbringen, weil im Augenblicke der Operation meist schon Abszeßbildung, Perforation und damit Vermischung mit anderen Eitererregern vorhanden sei und dies die bakteriologische Prüfung erschwere oder unmöglich mache. C. ist der Ansicht, daß die Infektion teils auf dem Blutwege, teils vom Darme her erfolgt. Er hatte Gelegenheit, einen Fall sehr genau zu untersuchen, bei dem auf der Höhe des Anfalles operiert wurde, ehe eine der erwähnten Komplikationen eingetreten war. Es wurde aus dem Inhalte des Wurmfortsatzes der Pfeiffer'sche Bazillus gezüchtet und seine sämtlichen differentialdiagnostisch wichtigen Eigenschaften geprüft. In sieben weiteren Fällen, bei denen schon Eiterbildung bestand, fand man dreimal den Kolibazillus, zweimal den Kolibazillus und Streptokokken, einmal Kolibazillus und Staphylokokken, einmal Staphylokokken und Streptokokken.

Stein (Wiesbaden).

21) Moszkowicz. Über Perityphlitis acuta.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

M. berichtet über Fälle von akuter Perityphlitis, welche in den letzten 10 Jahren im Rudolfinerhause zu Wien-Doebling behandelt worden sind.

Konservativ behandelt wurden 36 Fälle, von denen einer tödlich endete.

Bloße Inzision des Abszesses ohne Entfernung des Wurmfortsatzes wurde bei 20 Pat. ausgeführt. Es starben nur zwei von diesen; allein dieses günstige Ver-

hältnis wird getrübt, wenn man das weitere Schicksal der Geheilten verfolgt; denn von diesen mußten sechs später noch einmal operiert werden; bei dreien führte eine zurückgebliebene Fistel, bei den drei anderen ein neuerdings aufgetretener Abszeß zur Wiederholung der Operation. Es wurde daher im Laufe der wachsenden Erfahrungen immer mehr dahin gestrebt, sogleich bei der Eröffnung des Abszesses auch den Wurmfortsatz mitzuentfernen. Die Gefahr, dabei die gesunde Bauchhöhle zu eröffnen, ist nicht groß; denn die Frühoperationen lehren, daß der Prozeß im Anfange nicht umschrieben ist, sondern große Gebiete des Bauchfelles ergriffen hat und sich dann erst lokalisiert. M. stimmt in diesem Punkte ganz mit den Ansichten Burckhardt's und Riedel's überein. Es wird dadurch die Resistenzfähigkeit des Bauchfells gefestigt; wir haben es dann bei der Operation nicht mehr mit einem gesunden Bauchfell zu tun, sondern mit einem entzündeten, das in Abwehr begriffen ist. Von 31 so behandelten Fällen endeten vier tödlich. Für die Tamponade wird der Jodoformdocht besonders empfohlen. Bei der Nachbehandlung taten oft heiße, protrahierte Bäder gute Dienste, auch die Anlegung einer Fistel am Blinddarme war bei einem Kranken mit starkem Meteorismus von bestem Erfolge.

Bei diffuser Peritonitis wurde 21mal operiert; drei dieser Fälle heilten. Weder Spülungen noch die Drainage, welche infolge rasch eintretender Verklebungen doch bald nicht weit reicht, scheinen das Ausschlaggebende zu sein, sondern die einmalige gründliche Eröffnung aller Abszesse und die Entspannung des entzündeten Bauchfellsackes; hat man diesen in den abgesackten Räumen von den gestauten Toxinen befreit, so wird er mit dem Reste der Infektion selbst fertig.

Haeckel (Stettin).

22) **E. Camelot.** Coliques appendiculaires, résection de l'appendice.

(Journ. des sciences méd. de Lille 1902. Nr. 52.)

Verf. führt zum Beweise, daß es trotz der entgegengesetzten Meinung Dieulafoy's eine echte Wurmfortsatzkolik ohne Entzündung gibt, folgenden Fall an.

18jähriger Pat., welcher seit einem halben Jahre an täglich auftretenden Schmerzen kolikähnlichen Charakters in der Blinddarmgegend litt, besonders durch Umhergehen hervorgerufen. Durch die Untersuchung der im übrigen ganz normalen Blinddarmgegend wurde mehrfach ein Kolikanfall ausgelöst; gleichzeitig wurde der sich steifende Wurmfortsatz als harter Strang fühlbar und verschwand dann wieder nach einiger Zeit zugleich mit den Schmerzen. Die gleiche Erscheinung der Erektion des Fortsatzes konnte bei der Operation direkt beobachtet werden, hervorgerufen durch Manipulationen am Fortsatze. Resektion desselben; in ihm fanden sich fünf kleine Koprolithen und trübe Flüssigkeit, im übrigen war er ganz normal; es bestand also nach C.'s Ansicht keine Appendicitis, was auch durch die histologische Untersuchung des Präparates bestätigt wurde.

Mohr (Bielefeld).

23) **H. Beyea.** The elevation of the stomach in gastroptosis by surgical plication of the gastrohepatic and gastrophrenic ligaments.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. Vol. XV. Nr. 12.)

Verf. verwirft diejenigen Operationsmethoden bei Gastroptosis, welche den Magen an der vorderen Bauchwand durch Verwachsungen zu fixieren suchen, da hierdurch die physiologische Beweglichkeit des Organes zerstört wird und durch die Verwachsungen starke Schmerzen hervorgerufen werden können. B. hat daher in vier Fällen in etwas anderer Weise wie Bier (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. LVI) die Erkrankung durch Verkürzung des Lig. gastrohepaticum und gastrophrenicum (Omentum minus) in folgender Weise beseitigt: drei Reihen von unterbrochenen Seidennähten, welche von oben nach unten verliefen, wurden von rechts nach links durch die Ligamente gelegt; während die erste Nahtreihe die Ligamente nur auf etwa 4 cm Breite faßte, reichten die Nähte der letzten Reihe un-

gefähr von den Magengefäßen bis zur Unterfläche der Leber und des Zwerchfells. Durch Knüpfen der Nähte wurde eine einzige quere, breite Falte in den Ligamenten gebildet und der Magen zur normalen Lage emporgehoben, ohne seine physiologische Beweglichkeit zu beeinträchtigen. Die Operation wurde durch Hochlagerung des Oberkörpers sehr erleichtert; die Pat. standen erst nach 4 Wochen auf. Aus den mitgeteilten Krankengeschichten geht hervor, daß bei einer Beobachtungsdauer bis zu 3½ Jahren p. op. der Nachlaß der Beschwerden vollkommen war, daß sämtliche Kranke an Gewicht stark zunahmen und jede Art von Nahrung vertrugen. In keinem Falle änderte sich später die Lage des Magens; bei zwei nach 3½ bezw. 1½ Jahren Nachuntersuchten war die Lage normal. Zu bemerken ist übrigens, daß bei sämtlichen Pat. eine Erschlaffung der Bauchdecken oder Diastase der Rekti fehlte. **Mohr** (Bielefeld).

24) **Fick.** Über die chirurgische Therapie des Ulcus ventriculi.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1902. Nr. 42 u. 43.)

F. bespricht nicht die Eingriffe bei schweren Komplikationen des Geschwüres (gefahrdrohende Blutungen, eitrige Perigastritis, Perforation in die freie Bauchhöhle), sondern die durch Motilitätsstörungen infolge des Geschwüres gegebenen Indikationen: Narbenstenose des Pylorus, stenosierendes Geschwür, Perigastritis und Pylorospasmus. Das Vorkommen des letzteren ist lange angezweifelt worden; F. konnte ihn in einem Falle nach Eröffnung der Bauchhöhle in deutlichster Weise beobachten: die ganze Pars praepylorica, die in der Wunde vorlag, verharrte ca. 1—1½ Minuten in beständigen, so starken Kontraktionen, daß sich der Magen aus der Wunde vorbäumte. Der Pylorus war eine brettharte, rundliche Geschwulst; als die Kontraktion der Magengegend nachließ, schwand auch diese Geschwulst, und die Magenwand konnte F. soweit einstülpen, daß er mit dem Zeigefinger die volle Durchgängigkeit des Pylorus konstatieren konnte. Bezüglich der Therapie gibt F. der Gastroenterostomie vor der Pyloroplastik den Vorzug. Da man durch die Operation nur die Motilitätsstörung direkt beeinflussen kann, die Hyperacidität und das Geschwür selbst aber nur indirekt, so erklärt es sich, daß trotz tadelloser Funktion der Magenfistel der Heileffekt bisweilen ausbleibt; eine lange fortgesetzte diätetische Schonungstherapie wird auch in diesen Fällen die Prognose bessern. **Haeckel** (Stettin).

25) **Soupault.** Ulcères multiples du pylore et gastrosuccorrhée sans stase.

(Soc. méd. des hôpitaux 1903. Januar.)

Verf. teilt die Krankengeschichten von zwei Fällen von Magensaftfluß ohne Stase und Hyperchlorhydrie mit, welche allen internen Mitteln trotzten und schließlich durch eine von Hartmann ausgeführte Pylorektomie geheilt wurden. Im ersten Falle war der Pylorus vollkommen frei und beweglich und an seinem oberen Rande ein tiefgehendes Geschwür, welches von zahlreichen kleineren, zum Teil tiefen, zum Teil oberflächlichen, umgeben war; es war kein Narbengewebe vorhanden, der Pylorus vollkommen frei durchgängig. — Im zweiten Falle war die Pylorusgegend stark verdickt, ohne Verwachsungen und von einem großen, fast den ganzen Umfang einnehmenden Geschwür ergriffen; außerdem drei kleinere Geschwüre entlang der kleinen Kurvatur. Bei beiden Pat. schwanden sämtliche Beschwerden nach der Operation dauernd; die Magensaftuntersuchung ergab, daß die Hypersekretion aufgehört hatte und die Hyperchlorhydrie einer ausgesprochenen Hypochlorhydrie gewichen war.

Verf. hat im ganzen 12 Pat. mit Magensaftfluß ohne Stase operieren lassen. Bei allen waren Veränderungen am Pylorus vorhanden, alle sind geheilt, einige seit 4—5 Jahren. Was die Funktion betrifft, so sind die Resultate der Gastroenterostomie und der Pylorektomie anscheinend gleich; dagegen kehrt der Chemismus des Magens nach der Pylorusresektion gründlicher zur Norm zurück, wie u. a. die obigen Fälle beweisen. Diese gründlichere Wirkung der Pylorusentfer-

nung gegenüber der Gastroenterostomie spricht für die vom Verf. gegebene Erklärung, nach der der Magensaftfluß vasomotorischen Ursprunges ist, hervorgerufen durch einen von dem gereizten und entzündeten Geschwür ausgehenden Reflex.

Mohr (Bielefeld).

26) **W. Thorburn.** Cases of pyloric obstruction.

(Med. chronicle 1903. Januar.)

Im ersten der drei von T. operierten Fälle handelt es sich um eine bewegliche Hufeisenniere, welche jahrelang Magenbeschwerden, namentlich sehr häufiges Erbrechen verursacht hatte. Der Versuch der Nephrorrhaphie mißlingt wegen ungünstiger Wundverhältnisse, daher wird der freigelegte linke Nierenpol für einige Tage durch feste Tamponade fixiert. Glatter Verlauf, Erbrechen seitdem (fast 2 Jahre) nicht wieder aufgetreten.

Im zweiten Falle fand sich bei einer seit Jahresfrist an schweren Magenerscheinungen leidenden Frau eine faustgroße Geschwulst im rechten Hypochondrium, die als vergrößerte Gallenblase imponierte. Die Laparotomie ergab eine retroperitoneal zwischen Pylorus, Gallenblase und Colon transversum gelegene Echinokokkencyste. Ausschälung derselben. Heilung.

Der dritte Fall kam wegen 10 Jahre bestehender, sehr erheblicher Verdauungsstörungen zur Operation: der stark dilatierte Magen weist eine große alte Geschwürsnarbe auf; von der kleinen Kurvatur zieht eine Verwachsung in Gestalt eines kleinfingerdicken Stranges nach der vorderen Bauchwand der Regio iliaca dextra. Nach Entfernung derselben sieht man das Netz in großer Ausdehnung besetzt mit zahlreichen dünnwandigen, gashaltigen Cysten von Erbsen- bis Walnußgröße. Mühsame Exstirpation dieses Konglomerates in toto. Verlauf zunächst günstig. 4 Tage nach der Entlassung aus dem Spitale Hämatemesis, die am folgenden Tage zum Tode führt.

Die Untersuchung der Cysten konnte Geschwulst und parasitäre Bildungen ausschließen. Verf. denkt sich ihre Entstehung in der Weise, daß bei einer früher eingetretenen Perforation eines kleinen Magengeschwüres Luft in das Netz hineingetrieben und aus irgend einem Grunde nicht resorbiert sei.

Kleinschmidt (Kassel).

27) **Moser.** Über Myosarkom des Magens.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 8 u. 9.)

Die Geschwulst war über mannskopfgroß, wog ca. 1500 g und imponierte am meisten als Nierengeschwulst. Sie wurde nach Durchtrennung zahlreicher Verwachsungen und Resektion eines 14 cm langen Stückes Pankreas und eines 11 : 8 cm großen Stückes der hinteren Magenwand von einem schrägen Lendenschnitte aus entfernt. Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab Myosarkom. Im Anschluß hieran berichtet M. noch über einen von H e l f e r i c h operierten Fall und einen bei der Sektion im Greifswalder pathologischen Institute gefundenen. M.'s Fall ist der erste durch Operation geheilte.

Borchard (Posen).

28) **V. Šimerka.** Sarcoma ventriculi.

(Časopis lékařů českých 1902. Nr. 51.)

19jähriger Jüngling; seit 3 Wochen Druck in der Magengegend, Erbrechen, zunehmende Schwäche; Pat. kann nur Flüssigkeiten genießen. S t a t u s: Eingesunkener Leib; unterhalb des linken Rippenbogens eine rundliche, walnußgroße Geschwulst zu tasten. D i a g n o s e: Lymphosarkom des Magens. A u t o p s i e: Lymphosarkom der Gekrösdrüsen mit Metastasen in zahlreichen Organen. Der Magen ist in ein diffuses Sarkom verwandelt mit Erhaltung seiner Konturen; sein Gewebe ist durch das Sarkom substituiert.

Die mikroskopische Untersuchung ergab die Diagnose: strukturloses Rundzellensarkom, ausgegangen von der Submukosa; von lymphatischen Elementen keine Spur.

G. Mühlstein (Prag).

29) D. Schwarz. Ein Fall von umfangreicher Magenresektion.
(Liečnički viestnik 1902. Nr. 11. [Kroatisch.])

Der Fall ist dadurch interessant, daß sich der riesige Magen vor der Operation auf keine Weise entleeren ließ. Es mußte daher der ballonartig gespannte und bis drei Querfinger unterhalb des Nabels reichende Magen bei der Operation durch einen Einschnitt eröffnet und über 3 Liter zähen, schwarzen Breies mit Speiseresten entleert werden. Resektion des Pylorus und ca. zwei Drittel des Magensackes nach Billroth's II. Typus. Glatte Heilung.

Die Unmöglichkeit der Magenauswaschung erklärt sich leicht durch den dicken, zähen Brei. Daß sich Pat. nach der Operation so schnell erholte, hat nach Verf.s Ansicht hauptsächlich darin seinen Grund, daß das riesige Depot zersetzter Speisen aus ihrem Körper (durch Gastrotomie) entfernt wurde und somit die Quelle der Toxämie. v. Cačković (Agram).

30) v. Cačković. Über Fisteln des Duodenum.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Bei einer Pat., welche wegen Nierensarkom zur Operation kam, mußte der absteigende Teil des Duodenums unter Abbindung zahlreicher blutender Gefäße losgelöst werden. Die Folge war eine Circulationsstörung der Duodenalwand, welche unter der Einwirkung des Magensaftes geschwürig zerfiel, so daß es zuerst zu einer Blutung, dann zur Perforation kam, durch welche fast alle Körpernahrung auf die Körperoberfläche trat. Natürlich kam es bei so hoher Fistel zu schweren Inanitionserscheinungen, welche ihrerseits wieder zu einem zweiten Eingriffe drängten. Unter den in Betracht kommenden Operationen, Gastroenterostomie, Fistelverschluß und Jejunostomie, wurde die letztere gewählt und mit Schleich's Lokalanästhesie ausgeführt. Pat. überstand den Eingriff nicht lange.

Äußere Fisteln des Duodenums sind selten. C. konnte nur acht Fälle aus der Literatur sammeln, deren Krankengeschichten im Auszuge mitgeteilt sind. Die Veranlassung zur Bildung einer derartigen Fistel kann ein Trauma oder ein Geschwür abgeben. Zu den traumatischen Fisteln gehören auch die durch operative Eingriffe verursachten, welche sich namentlich bei Operationen an der rechten Niere, den Gallenwegen und am Duodenum selbst ereignen. Die häufigste Ursache der Duodenalfistel ist indessen das perforierende Duodenalgeschwür, und namentlich das an der hinteren Wand sitzende, das zur Eiterung in dem retroperitonealen Raum und Durchbruch nach außen führt, während die an der vorderen Wand des Zwölffingerdarmes gelegenen Geschwüre nur selten und nur bei vorheriger Verwachsung mit der Bauchwand zur Fistelbildung, meist dagegen zu tödlicher Peritonitis Veranlassung geben. Die Symptomatologie der Duodenalfisteln ist ganz unklar und bietet im ersten Augenblicke wenig charakteristische Erscheinungen. Man kann an eine solche denken, wenn sich bei offenem subphrenischem oder peritonitischem Abszesse oder nach einer Operation in der Nähe des Duodenums die Sekretion aus der Wunde rasch vermehrt, und bemerkt wird, daß der Ausfluß aus der Wunde von der Nahrungsaufnahme abhängig ist. Natürlich muß man alle Symptome in Betracht ziehen, die eine Magenfistel ausschließen lassen. Deutlich gallig gefärbter Ausfluß ist ein sicheres Zeichen, daß sich die Darmfistel im unteren Teile des Zwölffingerdarmes befindet, unterhalb der Papille. Indessen liegen die meisten zur Fistelbildung neigenden Geschwüre oberhalb der letzteren, nahe dem Pylorus.

Natürlich kann eine komplette Duodenalfistel, durch welche alle Nahrung austritt, nicht lange ertragen werden. Darum ist die Indicatio vitalis für den Eingriff gegeben, der bei kräftigeren Pat. in einer Gastroenterostomie mit Pylorusverschluß, bei stark heruntergekommenen in der Jejunostomie bestehen soll. Die Duodenorrhaphie wird wohl nur in seltenen Fällen zur Heilung geeignet sein; hauptsächlich wird man sie anwenden, wenn nach den beiden erstgenannten Eingriffen die Duodenalfistel nicht ausheilen will. E. Siegel (Frankfurt a/M.).

31) **Schnizlein. Über einen Fall von kongenitaler Atresie des Duodenums mit totaler Durchtrennung des Darmkanales.**

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Das ausführlich beschriebene Präparat zeigt einen vollständigen Verschluß des Duodenums an der Stelle, wo es normalerweise durch den Gekrösschlitz hindurchzutreten pflegt, ferner 4 cm oberhalb im Duodenum eine komplette verschließende Scheidewand. Die Dünndarmschlingen verlaufen in immer dünner werdenden Spiralen um das 9 cm lange, als Strang herabhängende Mesenterium und hören schließlich als bandartiges, zartes Gebilde auf. Der Dickdarm entfaltet sich in gewöhnlicher Weise aus dem Ileum, um dann als kaum bleistiftdickes Rohr zum After zu verlaufen. **Blauel** (Tübingen).

32) **L. N. Warneck. Zur Kasuistik der Magen-Darmchirurgie.**

(Medicinskoje Obosrenje 1903. Nr. 2.)

Adenomatöser Polyp des Blinddarmes; Invagination des letzteren, des Colon ascendens und eines Teiles des Dünndarmes in das Colon transversum. Partielle Resektion des Ascendens, des Coecums und des Dünndarmes durch einen Schnitt im Querdarm. Die Pat. war 52 Jahre alt, litt schon in der Jugend an Unterleibsentzündung; besonders hartnäckig wurden die Verstopfungen seit $1^1/_2$ Jahren. Die Geschwulst war von der Größe des Kopfes eines Neugeborenen, der Polyp eigroß. Heilung. Die Diagnose wurde erst während der Operation gestellt.

Gückel (Kondal, Saratow).

33) **J. Niemack (Charles City, Iowa). Intestinal polyposis and carcinoma.**

(Annals of surgery 1902. Juli.)

Vorliegende Arbeit liefert einen interessanten und wertvollen Beitrag zum Kapitel der Darmpolypen.

N. hat nacheinander ein junges Mädchen mit zahlreichen Polypen des Dickdarmes und des Ileums, deren Vater mit Mastdarmpolypen und -Karzinom und ihren Vetter mit Mastdarmpolypen behandelt und glaubt, eine Familienprädisposition, wenn nicht gar eine Infektiosität annehmen zu dürfen.

Die Einzelheiten über die drei Fälle sind kurz folgende:

1) Das 12jährige Mädchen hatte seit 3 Jahren an Tenesmen und schleimigblutigen Stühlen gelitten, war aber trotz zunehmender Abmagerung niemals per rectum untersucht. Als N. endlich die kleine Pat. zu Gesicht bekam, fand er ein hochgradig abgemagertes und anämisches Kind mit stark aufgetriebenem Bauche. Der in den Mastdarm eingeführte Finger fand diesen vollkommen ausgefüllt mit Schleimhautpolypen von Erbsen- bis Walnußgröße, zum Teil ganz dünn gestielt. In drei Sitzungen entfernte er mit der galvanischen Schlinge alle erreichbaren Polypen, doch starb Pat. 4 Wochen später an zunehmender Inanition. Die Obduktion zeigte, daß der ganze Dickdarm und der untere Teil des Ileums dicht mit Polypen besetzt war, die sich als reine Adenome erwiesen.

2) Einige Monate später fand sich der Vater dieser Pat. bei N. ein, ebenfalls mit Blutungen. N. konnte jedoch trotz genauester Untersuchung nur Hämorrhoiden finden, die er auch entfernte. Nach zweijährigem Wohlbefinden erschien nun der Mann abermals, diesmal aber mit einem Mastdarmkarzinom. N. machte die Exstirpation nach der Hueter'schen Methode und fand außer dem Karzinom mehrere gewöhnliche Polypen im Mastdarme. Er glaubt daraus schließen zu können, daß die ursprünglichen Polypen, welche sich beim Vater wie bei der Tochter gebildet hatten, beim ersteren zum Teil karzinomatös degeneriert seien, während sie bei der Tochter durch ihr massenhaftes Auftreten den Tod herbeigeführt haben.

3) Während der Bearbeitung dieser beiden Fälle erschien schließlich noch ein Neffe des Vorigen, ein junger Mann von 29 Jahren, welcher ebenfalls seit

2 Jahren an hin und wieder auftretenden Darmblutungen litt. N. fand bei ihm 5 Zoll oberhalb des Afters zwei gestielte Polypen.

Zweifellos ist N.'s Bericht ebenso merkwürdig wie interessant und wohl geeignet, die Aufmerksamkeit noch mehr als bisher auf die Ätiologie der Polyposis intestinalis und ihren eventuellen Zusammenhang mit dem Karzinom zu lenken.

Seefisch (Berlin).

34) **Calabi e Gajardoni.** Un caso raro di occlusione intestinale dovulo alla penetrazione d'intestino in vessica.

(Policlinico. Ser. chir. 1903. Nr. 1.)

Der eigentümliche Zustand, welchen die Sektion aufdeckte, war folgender: Am Zipfel der Blase, dem Urachus entsprechend, befand sich ein Loch, in welchem durchgetretene Darmschlingen sich eingeklemmt hatten. In der Umgebung des Loches fehlte die Muskularis. Erscheinungen von Darmverschluß waren subakut und mit Intermissionen unter Urindrang aufgetreten. Ein Jahr vorher hatte Pat. einen Stoß gegen den Unterleib erhalten. Mehrere Tage bestanden heftige Schmerzen. Unmittelbar nach dem Unfalle war viel Urin entleert worden. Verff. nehmen an, daß bei kongenitalem Muskularisdefekte das Trauma zuerst zu einer Hernie der Muskularis gekommen war; letztere hatte sich dann nach der Blase eingestülpt, und die in diesen Sack gelangten Schlingen wurden inkarzeriert. Die Muskularis riß erst einige Zeit vor dem Tode durch vermehrte Füllung dieses inneren Bruchsackes.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

35) **Schlesinger** (Wien). Zur Diagnose multipler Darmstenosen.

(Zentralblatt für innere Medizin 1903. Nr. 2.)

Multiple Darmstenosen beruhen fast stets auf tuberkulöser Basis, nur bei älteren Individuen kommen Geschwülste, bei Kindern Lues in Betracht. Es ist dem Verf. in einzelnen Fällen gelungen, vor der Operation resp. vor der Sektion die Diagnose zu stellen, und zwar durch die Beobachtung von Aufbäumen der Därme, sog. »Darmsteifung«, gleichzeitig an verschiedenen Stellen des Bauches; nebenher bestehen die übrigen Symptome der Darmverstopfung. Verf. bringt in seiner Mitteilung ausführlich die Krankengeschichte eines Pat., bei dem er multiple (tuberkulöse) Darmstenosen (Minimum drei Stenosen) diagnostizierte. Die Operation, die leider nicht glücklich verlief, bestätigte die Diagnose.

Schmieden (Bonn).

36) **v. Mikulicz.** Ausgedehnte Darmresektion bei Ileokoloinvagination.

(Allgem. med. Zentral-Zeitung 1902. Nr. 57.)

v. M. berichtet über einen hochinteressanten Fall, der gleich selten ist in klinischer Beziehung wie auch in operativer. Es handelte sich um eine große Ileokoloinvagination: Dünndarm, Klappe und Colon ascendens waren in das Colon descendens und Rektum invaginiert und ragten zum Teil aus der Afteröffnung in gangränösem Zustande hervor. v. M. ging auf das Colon descendens ein und eröffnete es nach Einnähung. Dann resezierte er das Intussusceptum und zog das periphere Stück aus der Bauchwunde heraus. Die ganze Operation verlief so abgeschlossen von der freien Bauchhöhle; schließlich vollendete der Schluß des Anus praeternaturalis die glänzend verlaufene Operation und führte zu vollständiger Heilung. Das resezierte Darmstück hatte eine Länge von einem Meter.

Schmieden (Bonn).

37) **Enderlen, Justi und Kutscher.** Ein Beitrag zur Darmausschaltung.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

Bei 10 Hunden wurde eine 20 cm lange Ileumschlinge nach Durchspülung total ausgeschaltet und an ihren beiden Enden verschlossen. Nur ein Hund überlebte den Eingriff und wurde nach 258 Tagen im besten Wohlsein getötet. Die

Schlinge war mit weißgrauer, gallertartiger Masse erfüllt; die Muskularis war stark hypertrophiert, die Schleimhaut zum größten Teile erhalten, zu einem kleinen Teile in eine Geschwürsfläche verwandelt, die aber deutliche Neigung zur Epithelisierung des Defektes zeigt. Der gallertige Inhalt bestand aus Leukocyten, die mehr oder weniger weit vorgeschrittenen Zerfall aufwiesen. Mikroorganismen fanden sich nicht darin. Die chemische Untersuchung des Inhaltes ergab, daß darin Diastase und Invertase, aber kein proteolytisches Enzym enthalten war. Der Darminhalt verdankte sein eigentümliches Aussehen einem in dem schwach alkalischen Darmsaft stark gequollenen Nuclein; dieses stammt aus den abgestoßenen Darmepithelien und den in den Darm gelangten und zerfallenen Wanderzellen.

Haeckel (Stettin).

38) **Martin.** Again the rectal valve and obstipation.

(New York med. journ. 1902. März 8.)

In einer Polemik gegen Bodenhammer (New York med. journ. 1901, Dezember 28) verwahrt sich Verf. dagegen, daß er das Vorhandensein von öfters vorkommenden Klappen im Mastdarme leugnen wollte; vielmehr konstatiert er ausdrücklich, daß er unter seinen 172 Fällen von chronischer Verstopfung 22mal solche Klappen bei Erwachsenen gesehen habe; außerdem verweist er auf die hübsche Illustration eines Präparates, bei dem an der Leiche der Mastdarm mit Paraffin ausgegossen, erstarren gemacht und dann der Länge nach in zwei Teile zerlegt wurde. Es finden sich in den oberen Partien des Mastdarmes vier deutliche Klappen, die natürlich ein schweres Hindernis für den Kot abgeben und nach Ansicht des Verf. wegen der hieraus entstehenden Folgeerscheinungen auch den Tod des Individuums, der an allgemeiner Peritonitis erfolgte, verursacht haben sollen.

Interessant ist, daß Verf. in sechs Fällen, wo er diese Anomalie am Lebenden vorfand, operativ eingriff und jedesmal ausgezeichnete Erfolge erzielte, indem die ständige Verstopfung behoben wurde. Verf. durchtrennte zu diesem Zwecke die vorhandenen anormalen Klappen; es waren nicht jedesmal vier Klappen zu durchtrennen, sondern einige Male auch weniger. Wichtig ist, daß die Operation ohne jede Anästhesie völlig schmerzlos gemacht werden konnte. **Scheuer** (Berlin).

39) **F. Schaefer.** Die offenen Milzwunden und die transpleurale Laparotomie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Verf. berichtet aus der Straßburger Klinik über zwei Beobachtungen von offener Milzverletzung. Der erste Fall betraf einen 18jährigen jungen Mann, welcher einen Dolchstich in die linke Brustseite erhielt. Am Tage nach der Verletzung wird wegen unverkennbarer innerer Blutung zur Operation geschritten. Es zeigte sich, daß die in der Höhe des 4. Interkostalraumes in den Körper eingedrungene Waffe an der Außenfläche der 4.—7. Rippe unter der Haut hingeglitten und dann durch den 7. Interkostalraum in die Brusthöhle eingedrungen war. Darauf hatte sie das Zwerchfell nahe der Herzspitze durchsetzt und noch den oberen Rand der Milz erreicht.

Der Gang des operativen Eingriffes wurde durch die Verfolgung des Stichkanales bestimmt. Es wurde erst die 7. und 8. Rippe partiell reseziert, die 9., 10. und 11. Rippe durchtrennt, dann die Zwerchfellwunde erweitert und die Milzwunde vernäht. Es kam somit die transpleurale Laparotomie durch Brustwand und Zwerchfell zur Anwendung. Pat. genas.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 24jährigen Mann, welcher einen Revolverschuß in den Rücken über dem Winkel der 10. linken Rippe erhielt. Eine Ausschußöffnung fehlte, doch fand sich das Geschoß in der linken vorderen Axillarlinie über dem oberen Rande der 9. Rippe unter der Haut. Bei der Operation — Bildung eines thorakoplastischen Lappens durch Durchtrennung der 10., 11. und 12. Rippe in der vorderen Axillarlinie, transpleurale Spaltung der

Zwerchfellkuppe und Freilegung der Organe des linken Hypochondriums — zeigte sich, daß das Geschoß Pleura und Zwerchfell durchbohrt und in die Milz eine tiefe Rinne gerissen hatte. Auch dieser Pat. konnte geheilt entlassen werden.

Im Anschluß an diese beiden Fälle stellt Verf. aus der Literatur noch 71 Schuß- und 17 Stichwunden der Milz zusammen. An der Hand dieses Materiales werden dann Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie der offenen Milzverletzungen eingehend erörtert.

Aus der Zusammenfassung der Hauptergebnisse möchte ich folgendes besonders hervorheben:

Die offenen Milzwunden sind fast ausnahmslos mit Verletzungen anderer Organe kompliziert und gehören in der überwiegenden Mehrzahl zu den Brust-Bauchhöhlenverletzungen.

Die Diagnose der Milzwunden ist zumeist nur vermutungsweise zu stellen.

Die Prognose der nicht operierten Milzwunden ist äußerst trübe. Wenn daher auch nur der leiseste Verdacht einer Milzverletzung vorliegt, so ist so bald wie möglich zu operieren.

Liegt die äußere Wunde im Bereiche des Bauches, und kann man bei der Laparotomie die Milz- und Zwerchfellwunde schwer erreichen, so darf man sich, um gute Übersicht und breiten Zugang zu gewinnen, von der Resektion des Rippenbogens durch die Gefahr des Pneumothorax nicht zurückhalten lassen.

Liegt die äußere Wunde am Brustkorbe, so empfiehlt sich die transpleurale Laparotomie. Sie gewährt einen freien Überblick über die Organe des linken Hypochondriums von oben her und schützt vor dem verhängnisvollen Übersehen von Organverletzungen. Sie verschafft ein bequemes Operationsfeld und garantiert leichte und sichere Ausführung der Zwerchfellnaht.

Die bisher mit dieser Methode erzielten Resultate sind sehr günstig.

Blauel (Tübingen).

40) P. J. Djakonow. Zur Lehre von der Gallensteinkrankheit.

(Chirurgia 1903. [Russisch.])

Die Krankheit ist in Rußland selten: es sind bis jetzt nur 52 operierte Fälle (davon sieben gestorben) beschrieben. Bei den Sektionen in pathologischen Instituten fand man Gallensteine in 0,8—3,13% der Leichen; in mehreren größeren Krankenhäusern bilden die Gallensteinkranken nur 0,03—0,32% aller Kranken. — D. beschreibt einen neuen Fall (seinen sechsten) von Gallensteinoperation (Cholecystektomie, Heilung), zwei weitere Fälle, wo Appendicitis Gallensteinsymptome hervorrief; ferner bringt er die weitere Geschichte eines früher veröffentlichten Falles von Cholecystostomie: nach 10 Monaten war die Fistel noch offen und entleerte bis 700 ccm Galle täglich; $1^1/_2$ Monate später trat periodische Gallenstauung auf mit Temperatursteigerungen bis 40°, die in 2 Wochen zum Tode führte; Sektion: Ductus cysticus, hepaticus und choledochus erweitert (2,5 resp. 4 cm); in letzterem ein 3 : 2,5 cm großer Stein, der sich frei in den linken Ast des Ductus hepaticus bringen läßt. — Von den 52 russischen Fällen wurde in 26 die Cholecystostomie gemacht, in 13 die Cholecystektomie, in 10 die Cholecystotomie, in 3 die Choledochotomie, in 2 die Cholecystenterostomie. D. spricht sich für die Cholecystektomie aus und möchte jeden Fall von Gallenstein operiert wissen.

Gückel (Kondal, Saratow).

41) v. Mieczkowski. Kasuistisches und Experimentelles zur Cholangitis calculosa.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

v. M. bringt einige Beobachtungen, welche er in der v. Mikulicz'schen Klinik nach Gallensteinoperationen gemacht hat.

Bis zu welcher Größe sich die Gallensekretion steigern kann, zeigt ein Pat., bei welchem nach Cholecystektomie später eine Fistel entstand, aus der als Maximum innerhalb 24 Stunden einmal 2300 ccm Galle sezerniert wurden. Je mehr Galle abgesondert wurde, desto mehr sank die Harnmenge.

v. M. bestimmte ferner bei Operationen den im Gallensystem herrschenden Druck durch Einstoßen einer dicken Kanüle in die Gallenblase; die Kanüle stand mit einem Wassermanometer in Verbindung. v. M. fand, daß in Gallenblasen, welche mit dem Gallengangssystem kommunizierten, höchstens ein Druck von wenig über 100 mm Wasser herrschte; das stimmt mit den Angaben Heidenhain's, nach welchem der Sekretionsdruck der Galle bei Kaninchen nicht über 220 mm Wasser beträgt. Bei Empyem und Hydrops der Gallenblase fand sich Druck bis 710 mm Wasser; das hat aber natürlich keine Bedeutung für Beurteilung der Druckhöhe, welche im Gallengangsystem herrscht; was hier gemessen wurde, ist vielmehr der Sekretionsdruck der Gallenblasenschleimhaut.

Haeckel (Stettin).

42) **M. Guillot.** De l'intervention chirurgicale dans les cirrhoses biliaires et alcooliques.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 5.)

G. stellt die Resultate der chirurgischen Therapie denen der inneren Medizin bei den genannten Erkrankungen gegenüber. Das Normalverfahren gegen die Cirrhose biliaire, unsere — wohl meist infektiöse — Entzündung der Gallenwege, die Anlegung einer Gallenblasenfistel, hat von 13 nur aus der französischen Literatur bis 1900 zusammengestellten Fällen 10 Heilungen ergeben; die Talma'sche Operation unter 28 Fällen 11 Heilungen. Folgende interessante Beobachtung von Délagenière ist mitteilenswert. Bei einer Frau mit alkoholischer atrophischer Cirrhose war durch den enormen Ascites die Nabelnarbe gerissen. 4 Tage später wurde ihr das vorgefallene Netz reseziert und eine Phlegmone der vorderen Bauchwand inzidiert. Als sich nach einigen Tagen wieder ein kolossaler Ascites gebildet hatte, exzidierte Délagenière die Nabelnarbe, legte eine Gallenfistel an und schloß die Bauchwunde. Die Kranke genas.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

43) **Anderson.** Venous anastomosis for ascites from cirrhosis of the liver.

(Pacific med. journ. 1903. Nr. 1.)

44) **Power.** Medical aspect of venous anastomosis of the liver.

(Ibid.)

A. führte bei einer seit 3 Jahren an Lebercirrhose leidenden Frau zur Beseitigung des hochgradigen Ascites, nachdem bereits 72 Punktionen vorausgegangen waren, die Talma'sche Operation aus, indem er das große Netz an das Bauchfell der seitlichen Bauchwand nähte und durch Reiben mit Gazebäuschen der Leber- und Milzoberfläche einerseits und der gegenüberliegenden Peritonealflächen andererseits Verwachsungen einleitete. Während Pat. sich nach der Operation zunächst wohl fühlte, trat vom 18. Tage ab eine Verminderung des Harnstoffes im Urin und schließlich ein gänzliches Verschwinden des Harnstoffes ein, worauf die Kranke unter urämischen Konvulsionen zugrunde ging. Diesen unglücklichen Ausgang schreibt Verf. dem Fortschreiten der Lebercirrhose und hauptsächlich der Verringerung des Harnstoffes zu.

P. schildert, anknüpfend an den von A. operierten Fall, die Schädlichkeiten, welche dem Körper erwachsen, wenn das Blut der Pfortader von dem Wege durch die Leber abgeleitet und dadurch dieses Organ außer Funktion gesetzt wird. Nicht allein produziert die Leber Galle und Glykogen, nicht allein schützt sie den Körper durch Absorbieren verschiedener Gifte vor einer Autointoxikation, sondern sie erzeugt auch den Harnstoff. Gerade der von A. operierte Fall zeigt, daß mit dem Aufhören der Harnstoffproduktion der Tod eintritt. Wie eine totale Verstopfung der Pfortader, kann auch die Talma'sche Operation die Passage des Blutes von der Leber durch die Schaffung der kollateralen Blutbahnen ableiten. Von 40 durch Gioffredi ausgeführten Talma'schen Operationen hatten nur vier

einen Heilerfolg (10%). Verf. meint, die Operation könne in ausgewählten Fällen von Lebercirrhose nur dann nützen, wenn noch etwas Blut durch die Leber hindurchgeht und die Cirrhose noch nicht zu weit fortgeschritten ist. Außerdem würde es nach ihm von Nutzen sein, wenn ein Operationsverfahren erdacht würde, welches verhinderte, daß die Bildung der ableitenden Kollateralen nicht zu rapid vor sich ginge. Endlich soll nach der Operation für reichliche Urinabsonderung und Defäkation durch Milchdiät und Abführmittel gesorgt werden.

Herhold (Altona).

45) C. Hofmann. Über wahre Cysten der Leber mit besonderer Berücksichtigung der klinisch bedeutungsvollen Cystadenome.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

H. exstirpierte eine mannskopfgroße Cyste, welche von der Unterfläche des Lobus quadratus der Leber ausging. Sie ließ sich von der Leber größtenteils stumpf loslösen, der Rest der Verbindung mit der Leber ließ sich als Stiel behandeln und unterbinden. Tamponade der Wundfläche der Leber, im übrigen Schluß der Bauchhöhle. In den ersten 14 Tagen floß etwas Galle aus der Wunde, dann erfolgte Heilung ohne Fistel. Die Cyste war unilokulär, enthielt aber innen Leisten, welche ihre Entstehung durch Zusammenfließen ursprünglich mehrfacher Cysten andeuteten. Sie enthielt eine trübe, graugelbe Flüssigkeit und war mit kubischem Epithel größtenteils ausgekleidet. H. erklärt die Cyste als entstanden durch Gallengangswucherung und cystische Erweiterung der neu gewucherten Gänge; sie ist als Cystadenom, nicht als einfache Retentionsgeschwulst zu betrachten. 17 ähnliche operierte Fälle aus der Literatur werden angeführt, Symptome, Diagnose und operative Prognose der wahren Lebercysten daraus entwickelt.

Haeckel (Stettin).

46) Monks. A case of acute pancreatitis and necrosis of fat tissue.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Januar 22.)

40jährige Frau, war schon 5 und 3 Jahre vorher an Gallensteinkoliken mit Erbrechen krank gewesen, kam mit sehr starkem Erbrechen, aufgetriebenem Leib und stark kollabiert ins Boston city hospital. Sie war 60 Stunden vorher erkrankt, während schon 3 Wochen vorher Verstopfung und 24 Stunden vorher Erbrechen aufgetreten war. Das Allgemeinbefinden war schlecht, kalter Schweiß, kleiner, frequenter Puls; Lungen und Herz ohne bemerkenswerte Krankheitserscheinungen. Unterleib stark aufgetrieben, starke Muskelspannung, kein freier Erguß, dagegen beiderseits Dämpfung ohne Lagewechsel. Unter abwartender Behandlung Besserung des Allgemeinzustandes, Abnahme der Leibesauftreibung, so daß eine undeutlich begrenzte Geschwulst in der linken Lendengegend gefühlt werden konnte. Operation (24 Tage nach Aufnahme). 10 cm langer Schnitt in der linken Lendengegend (parallel der 12. Rippe) auf die Niere zu. Ehe diese zu Gesicht kommt, entleert sich eine größere Menge schwärzlich-grüner Flüssigkeit, die leicht zerreibliche Krümel enthält (nekrotisches Fett). Solches Material wird aus der Umgebung der linken Niere entfernt, so daß sie völlig frei liegt; die Fettkapsel fehlt vollständig. Die Niere selbst ist unregelmäßig in ihrer Konsistenz (Kapsel gerötet), zeigt sonst nichts Krankhaftes. Wegen Kollaps Ausstopfen der Wunde und Verband. In den nächsten Tagen Erholung und Besserung des Allgemeinbefindens und der Unterleibssymptome, aber noch fortwährendes Erbrechen; aus der Wunde entleeren sich fortwährend große Mengen von nekrotischem Fett. Einige Tage vor dem Tode wieder Auftreibung des Leibes. Bei der Sektion fand sich Nekrose des Körpers und größten Teiles des Kopfes des Pankreas, Nekrose der linken Nebenniere, nekrotische Massen in der ganzen linken Nierengegend, Fettnekrose des Bauchfelles. In dem noch ziemlich normalen Teile des Pankreaskopfes war schon Blutung im Bindegewebe zwischen den Drüsenläppchen vorhanden; keinerlei Mikroorganismen konnten nachgewiesen werden. — Bemerkenswert ist: 1) Vorhergegangene gallensteinkolikähnliche Anfälle, deren Zusammen-

hang mit Pankreatitis immer wahrscheinlicher wird. 2) Die Ausdehnung der Fettnekrose nach der linken Nierengegend. 3) Die Möglichkeit, daß die Zerstörung der Nebenniere wichtig für den tödlichen Ausgang war. 4) Das gänzlich negative Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung bei dieser schweren Erkrankung des Pankreas. **Trapp** (Bückeburg).

47) **J. Wieting.** Beitrag zu den angeborenen Geschwülsten der Kreuz-Steißbeingegend.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Verf. berichtet aus dem Hamburg-Eppendorfer Krankenhause über zwei Beobachtungen von angeborenen Geschwülsten der Kreuz-Steißbeingegend.

Im ersten Falle fand sich eine apfelgroße, fluktuierende Geschwulst in der Glutäalgegend, welche sich bei der Operation als eine fest mit der Umgebung verwachsene, 4 cm im Durchmesser haltende Cyste erwies. Dieselbe war ausgekleidet mit einer Neuroepithelschicht, welche einerseits typische Neuroglia, andererseits drüsenschlauchartige Fortsätze in der Wandung erzeugt hatte. Die Schläuche waren teilweise abgeschnürt und wucherten mit Neigung zu Cystenbildung weiter. Andere waren zu soliden Zellnestern ausgewachsen.

Im zweiten Falle saß eine doppelthühnereigroße Geschwulst unter der Haut der linken Gesäßbacke. Sie zeigte auf dem Durchschnitte einen lappigen Bau, vielfach fanden sich Spalten. Das Gerüst der Geschwulst wird gebildet von derben, straffen Bindegewebsfasern, die auch, ebenso wie die Kapsel, Züge von quergestreifter Muskulatur aufweisen. Das eigentliche Geschwulstgewebe ist neuroepithelialer Natur. Es bildet einmal als hohes Cylinderepithel den Besatz schlauch- oder spaltförmiger oder unregelmäßig gespaltener Hohlräume, andererseits produziert es typisches Neurogliagewebe in langen, streifenförmigen Herden. Eine Neigung zur Cystenbildung besteht nicht.

Die Entstehung dieser beiden, als Neuroepitheliome aufzufassenden Geschwülste führt Verf. auf die Anlage des Medullarrohres zurück. Bei dem Aufstiege des Rückenmarkes zurückbleibende Medullarreste, wie sie auch bei Spina bifida mitunter gefunden werden, würden dann den Ausgangspunkt bilden.

Auch für die weit komplizierteren Teratome mit organartigen Gebilden möchte Verf. eine einheitliche monogerminale Abkunft zugrunde legen und annehmen, daß hier Entwicklungsstörungen am distalen Umfange des Urmundes im weitesten Sinne die Veranlassung zu den Verbildungen gewesen sind.

Als Nachtrag beschreibt Verf. noch zwei weitere Geschwülste der Kreuzbeingegend, welche ebenfalls als wesentliche Grundlage das Neuroepithel haben und besonders ausgesprochene Neigung zu Cystenbildung zeigen. In beiden Fällen finden sich ferner Nervenfasern und in dem letzten eine hervorragende Beteiligung mesodermalen Gewebes in Form von Fettgewebe, Bindegewebe und glatter Muskulatur.

Die Genese dieser beiden Geschwülste, ebenso wie die der beiden ersten, ist in Entwicklungsstörungen am hinteren Rumpfende zu suchen und damit ihr monogerminaler Ursprung nachgewiesen. **Blauel** (Tübingen).

48) **Most.** Über Schmierseifenverätzung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 8.)

Nach Anwendung gewöhnlicher Schmierseife — dieselbe war in zwei größeren Stücken auf den Oberarm, der Kratzeffekt hatte, aufgebunden — trat nach einer viertel Stunde heftiges Brennen und Nekrose der Haut ein. M. konnte oberflächliche Epithelnekrose bei sich selbst nach Anwendung von Schmierseife erzielen, wenn er sich kleine Messerverletzungen beibrachte, während die Seife bei intakter Haut nicht einmal ein Erythem verursachte. **Borchard** (Posen).

Berichtigung. In Nr. 21 d. Bl. p. 572 p. 572 Z. 5 v. u. lies Bender statt Benda.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, in Berlin, **F. König**, in Berlin, **E. Richter**, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 24. **Sonnabend, den 13. Juni.** **1903.**

1) H. Merkel. Die Beteiligung der Gefäßwand an der Organisation des Thrombus mit besonderer Berücksichtigung des Endothels.

Habilitationsschrift. Erlangen, **Fr. Junge**, 1903.

Verf. bespricht zunächst ausführlich die einschlägige Literatur unter besonderer Berücksichtigung der Ansichten v. Brunn's (cf. Referat d. Zentralblatt 1903 Nr. 16 p. 443) und von Baumgarten, dessen Resultate durch die Untersuchungen und Experimente des Verf. bestätigt werden. Die hiernach aufgeworfene Frage: »Können wir auch beim Gefäßendothel eine Fähigkeit zur Umwandlung in Bindegewebe erwarten oder nicht, und welchen Anteil nehmen denn bei produktiven Entzündungen der Gefäßwand die Blutgefäßendothelien?« beantwortet Verf. nach Mitteilung seiner zahlreichen Versuche (Einführen von Fremdkörpern: zu Schaum geschlagenes Eiweiß, Hollunderkügelchen) zum Schlusse dahin: »die Blutgefäßendothelien zeigen nach meinen experimentellen Untersuchungen bei der

Thrombenorganisation ein Verhalten, das uns zwingt, dieselben aus der Gruppe der gewöhnlichen Bindegewebszellen auszuscheiden und als spezifisch differenzierte Zellen zu betrachten, die hinsichtlich ihrer Funktion den Epithelien zweifellos näher stehen als den gewöhnlichen Bindegewebszellen. Es fehlt ihnen die Fähigkeit, Bindegewebe zu bilden.« Das Genauere über die Untersuchungen, deren mikroskopische Befunde durch gute Bilder illustriert sind, muß im Original nachgelesen werden. Den Schluß bildet eine sehr ausführliche Zusammenstellung der Litteratur.

Grosse (Kassel).

---

2) **H. Schmitz.** Die Arteriennaht.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 299.)

Die Arbeit soll nach S.'s eigenen Worten unter Berücksichtigung der in- und ausländischen Literatur eine zusammenfassende Studie über die Arteriennaht darstellen. Diese ihr gestellte Aufgabe löst dieselbe in sehr geschickter Weise, so daß man alles, was zu ihrem Thema gehört und hierüber bekannt und veröffentlicht ist, in ihr sehr hübsch zusammengestellt findet, sie mithin zur Kenntnisnahme über den derzeitigen Stand der Arteriennaht bestens zu empfehlen ist. Ein weiteres Eingehen auf ihren Inhalt, der selbst nur den Charakter eines Sammelreferates trägt, erscheint für unser Blatt entbehrlich.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

3) **König.** Zur Geschichte der Gelenkneurosen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 1.)

Die kurze Veröffentlichung, an der Spitze der Esmarch zu seinem 80. Geburtstage gewidmeten Festschrift stehend, begrüßt den Jubilar, erinnert ihn an die lange zwischen dem Verf. und ihm bestehende Freundschaft und kommt dann auf die nervösen Gelenkerkrankungen zu sprechen, als ein Kapitel, in welchem K. und Esmarch »sich oft, bald in Übereinstimmung, bald in Widerspruch trafen«. K. führt aus, daß jetzt, wo unter dem Schutze der Asepsis ein dunkle Beschwerden machendes Gelenk ungestraft zur Inspektion geöffnet werden darf, so mancher Fall, der früher in das Gebiet der seiner Zeit (1872) von Esmarch beschriebenen Gelenkneurosen hätte verwiesen werden müssen, in exakter Weise als durch anderweitige genau nachweisbare Ursache begründet erkannt wird. Hierfür werden kurz einige belegende Fälle aus K.'s Praxis erzählt. Es handelte sich bald um kleine freie Gelenkkörperchen (Osteochondritis dissecans) oder kleine Geschwülste, Zerreißungen an Menisken u. dgl. Wenn in solchen Fällen die operativen Maßnahmen am und im Gelenk ohne Infektionsfolgen bleiben sollen, so ist auf Operation ohne direkten Gebrauch der Finger Wert zu legen, während zur richtigen Diagnosenstellung das gerade hier sich auch bewährende Röntgenverfahren zu benutzen ist. »Gern geben wir manchen Fall, den wir

in jener Zeit gezwungen waren, dem dunklen Gebiet der Neurose zuzuweisen, auf und weisen ihn dem chirurgischen Messer zu.«

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **Snel.** Immunität und Narkose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. p. 212.)

Verf. hat durch experimentelle Untersuchungen geprüft, ob die Lunge in der Narkose ihre heilsamen bakteriellen Kräfte beibehält, oder ob sie sie verliert, und wie die Immunität bei refraktären Tieren beseitigt wird durch Alkohol, Äther oder Chloral.

Er brachte zu dem Zweck eine Kanüle zwischen den Stimmbändern in die Luftröhre und spritzte eine Milzbrandkultur in die Lunge hinein, so daß eine Wundinfektion ausgeschlossen war.

Für Äther und Chloroform ergab sich:

1) Eine kurze Narkose hebt die bakteriziden Kräfte der Lunge nicht ganz auf. Die Bakterien werden abgetötet, ohne Nachteil zu stiften.

2) Die Zeit, in welcher der Infektionsprozeß verläuft, ist kürzer, wenn die Narkose länger gedauert hat.

3) Die aufgehobene bakterienvernichtende Wirkung tritt beim Nachlassen der Inhalation bald wieder ein.

4) Die Bakterien werden nach ungefähr einer Stunde abgetötet oder wenigstens so viel umgeändert, daß ihre Virulenz beseitigt ist. Die Narkose hat in der zweiten Stunde nach der Infektion keinen Erfolg.

Mit Chloralhydrat injizierte, vorher infizierte Meerschweinchen erlagen, während mit Morph. hydrochl. injizierte am Leben blieben.

Bei direkter Beeinflussung der Bazillenkulturen durch Äther oder Chloroform ergab sich, daß die Bazillen eher abgeschwächt werden, als daß sie höhere Virulenz erlangen.

Der Tod der Tiere wurde also durch die Narkose verursacht, welche die Immunität aufhebt.

Für die nach Operationen auftretenden Pneumonien glaubt Verf. durch diese Versuche eine gute Erklärung gefunden zu haben und empfiehlt deshalb, eine sorgfältige Reinigung der Mund- und Rachenhöhle vor jeder Narkose von dem Pat. vornehmen zu lassen.

Langemak (Rostock).

---

5) **L. Michaelis.** Zur Chemie der Sauerstoff-Chloroformnarkose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 213.)

M. beschäftigt sich mit dem von Dr. Roth in Lübeck und der Firma Heinrich Dräger konstruierten und in den Handel gebrachten Apparat für die Sauerstoff-Chloroformnarkose und beschuldigt denselben, Zersetzungen in dem Chloroform zu veranlassen. Chloroform, das in dem Apparat von Sauerstoff durchflossen war,

zeigt nicht mehr die vorschriftsmäßige Reaktion der Pharmakopoe (Details s. Original), auch reproduziert M. vier Gutachten von angesehensten chemischen Fabriken, die einhellig sich dahin aussprechen, daß bei dem fraglichen Apparat Chloroformzersetzungen zu riskieren sind. (Vgl. auch die diesbezügliche Originalmitteilung von C. Lauenstein in Nr. 6 unseres Blattes; Ref.).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

6) **Meyer.** The improvement of general anaesthesia on the basis of Schleich's principles.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Februar 28.)

M. hat die Schleich'sche Mischung zur Narkose oft und mit bestem Erfolge benutzt und versuchte nach seinen Gesichtspunkten weiter zu arbeiten. Er untersuchte deshalb die Wirkung des Petroleumäthers allein und fand, daß er keine narkotisierende, dagegen eine krampferzeugende Wirkung hat, daß er daher im Gemisch nur eine Rolle zur »Verdünnung«, d. h. zur Herabsetzung des Siedepunktes des Gemisches spielt. Durch Untersuchung mit dem Chemiker Weidig in New York fand er außerdem, daß Chloroform und Ähter zusammen sich nach ihrem Molekulargewicht zu einem neuen chemischen Körper vereinigen, daß nicht etwa der leichter verdunstbare Äther zuerst und nachher das Chloroform verdunstet, sondern daß der neugebildete Körper als solcher verdampft; nur wenn Überschuß des einen Körpers vorhanden ist, verdunstet dieser für sich. Er setzte deshalb ein Gemisch beider nach dem Molekulargewicht (119,5 g Chloroform, 74 g Äther) zusammen und fügte an Stelle des Petroleumäthers Äthylchlorid zu zur Erniedrigung des Siedepunktes, der bei Zusatz von 18 Vol.-% auf 38° herabgesetzt wird. Diese Mischung nennt er »Anesthol«. Er selbst und andere Chirurgen haben es angewandt und sprechen sich günstig darüber aus. Es wird wie Chloroform nach Tropfmethode auf Chloroformmaske angewandt und ruft keinen Erregungszustand hervor. Nur bei großem Überschuß tritt flache, oberflächliche Atmung, bisweilen kurzer Stillstand ein, ohne irgend welche Schädigung des Herzens. Morphium kann vorher gegeben werden. Die üblen Folgen der Narkose sollen geringer sein als nach Anwendung von Chloroform oder Äther allein, namentlich Erbrechen soll selten und dann nicht so heftig auftreten. Bronchitis und Lungenaffektionen bilden keine Kontraindikation. Nephritis wurde bei einigen nach der Narkose für kurze Zeit etwas gesteigert. Zwei Todesfälle in Anestholbetäubung sind mitgeteilt; nach der Beschreibung scheint es zweifelhaft, ob sie der Wirkung des Mittels zuzuschreiben sind.

Trapp (Bückeburg).

---

7) M. F. Koslenko. Der gegenwärtige Stand der Frage von der Anwendung des Dampfes in der Gynäkologie und Chirurgie.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 3.)

K. empfiehlt die Dampfsäge Prof. Snegirew's. Mit derselben wurden ohne Blutung Stücke aus der Leber von Hunden exzidiert; in letzter Zeit gelang es Snegirew bei Pyelitis die Niere vollständig ohne Blutverlust zu spalten. **Gückel** (Kondal, Saratow).

---

8) A. G. Ellis. The pathology of the tissue changes induced by the X-rays: preliminary report.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. Januar.)

Die Gewebsveränderungen durch Röntgenbestrahlung sind noch nicht genau bekannt; die sehr zahlreichen und voneinander abweichenden Berichte darüber gründen sich auf mikroskopische und klinische Untersuchungen oder sind reine Hypothesen. Ausführliche Zusammenstellung der in der Literatur niedergelegten Ergebnisse. Es folgen vier eigene Versuche mit Röntgenbestrahlung: eines Mammakarzinoms, eines Lymphangioms der Orbita und zweier Hautcancroide. Die histologischen Resultate waren: Nekrose verschiedenen Grades des Parenchyms und Stromas, Vermehrung des elastischen Gewebes, homogene Ablagerungen in den Blutgefäßen bis zur Obliteration, Ausbleiben kleinzelliger Infiltration, keine Ansammlung von Eiterkörperchen.

Sicher ist bis jetzt die Entstehung von Endarteriitis obliterans und von Nekrose; beides tritt jedoch vermutlich gleichzeitig, nicht eines als Folge des anderen auf. Eine bakterizide Wirkung der Röntgenstrahlen ist noch nicht erwiesen. Bei den Cancroiden war die nekrotisierende Wirkung geringer; E. führt das auf die zahlreichen Hornperlen zurück und empfiehlt, zuerst auszuschaben und dann zu bestrahlen.

Untersuchungen über Veränderungen der Nerven und des Blutes in den bestrahlten Bezirken sollen folgen. **Bender** (Leipzig).

---

9) Kime. Ligth in the treatment of lupus and other chronic skin affections.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. April 11.)

K. benutzt Sonnenlicht, das nach Durchgang durch alkoholische Kupfersulfatlösung mit plankonvexer Linse von 18 Zoll Brennweite konzentriert auf die zu behandelnde Stelle geleitet wird. Die lupösen Stellen werden vorher sorgfältig von Eiter, Krusten etc. befreit, so daß der reine Geschwürsgrund vorliegt. Zuerst wird der Brennpunkt, in welchem erhebliche Hitze herrscht, wie ein Glüheisen über den Geschwürsgrund geführt, bis derselbe völlig weiß geworden ist (Koagulation); dann werden noch 20 Minuten lang Zerstreuungskreise

auf die so behandelte Stelle gerichtet und dies letztere längere Zeit fortgesetzt. Die Hitzeanwendung wiederholt K. gewöhnlich noch einmal am dritten Tage. Zweimal täglich wird feuchter Verband mit abgekochtem Wasser angelegt. Das violette Licht, welches das Filter allein durchdringt, wirkt sowohl bakterientötend wie stark reizend auf die Gewebe, so daß sehr schnell gesunde Granulationen und junge Epidermis sich bilden. Mitteilung behandelter Fälle.

Trapp (Bückeburg).

---

10) **Martens.** Die chirurgische Behandlung der Harnröhrenstrikturen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. Nr. 4 u. 5.)

11) Derselbe. Die Verletzungen und Verengerungen der Harnröhre und ihre Behandlung.

(Bibliothek von Coler Bd. XII.)

Berlin, **August Hirschwald,** 1902. 138 S.

Diese beiden Beiträge zur Harnröhrenchirurgie haben vor vielen anderen sonst ähnlichen Arbeiten den nicht geringen Vorzug, daß sie sich auf ein großes, aber aus einer Klinik stammendes, nach einheitlichen Grundsätzen behandeltes Material, auf die zahlreichen von König in den letzten 26 Jahren (Göttingen 1875—1895, Berlin 1895—1900) beobachteten und behandelten Fälle stützen. Die erste, nur die Behandlung der Strikturen berücksichtigende Arbeit ist die Wiedergabe eines Vortrags, den der Verf. bei Gelegenheit eines Cyklus von »Vorträgen über Syphilis und Gonorrhoe« in der Berliner Charité hielt. Kurz und klar, unter Erklärung der verschiedenen Instrumente, wurden dabei die zahlreichen Behandlungsmethoden demonstriert, ihre Indikationen, ihre Vorteile und Nachteile und besonders ausführlich die von König auf Grund seiner großen Erfahrung bevorzugten Methoden besprochen. Die Darstellung enthält so viele praktisch wertvolle Winke und Ratschläge, daß sie jedem Arzt, auch dem geübteren zum eingehenden Studium empfohlen werden kann.

In noch höherem Maße gilt das von der zweiten, bei weitem umfangreicheren Arbeit, die König selbst mit einem Vorworte eingeleitet hat. M. bespricht hier im ersten Abschnitt die Verletzungen der Harnröhre nach Entstehung, Symptomen, Diagnose, Verlauf, Behandlung und Nachbehandlung; 25 Krankengeschichten teilt er ausführlich mit, die auch als Beispiele für die verschiedenen Verletzungsarten, wie Quetschungen, Zerreißungen, Fremdkörper, Schnitt-, Stich-, Hiebwunden u. a. m. gelten können. 18mal wurde dabei die Urethrotomia externa, dreimal Einführung des Katheters in der ersten Zeit nötig, zwei wurden exspektativ behandelt. Zwei von diesen Kranken, die mit schweren Beckenbrüchen eingeliefert wurden, konnten nicht gerettet werden. Ist bei der Einlieferung eines Kranken der Art die gefüllte Blase nicht mit dem Katheter oder

nach dem äußeren Harnröhrenschnitt zu entleeren, dann muß die Punktion der Blase vorgenommen werden. Die Durchgängigkeit der Harnröhre soll immer mit einem dicken Metallkatheter (Charrière Nr. 21), der am wenigstens geeignet ist, neue Verletzungen zu machen, festgestellt werden. In manchen, allerdings nicht sehr häufigen Fällen, ist und bleibt die verletzte Harnröhre durchgängig; dann werden die Kranken sorgfältig weiter beobachtet und nach einigen Wochen wieder katheterisiert resp. bougiert, um die Diagnose zu bestätigen; event. ist es nötig, zur Verhinderung späterer Strikturbildung eine Zeitlang mit Bougies weiter zu behandeln. Viel häufiger wird die Boutonnière nötig, für die König sehr einfache Regeln aufgestellt hat. Wenn irgend möglich, werden die Harnröhrenstümpfe, aber nur an der oberen Wand, zusammengenäht; ein Verweilkatheter wird nicht angewandt, der Urin läuft zuerst einfach aus der Dammwunde ab. Nach einigen Tagen entleert sich etwas und nach kurzer Zeit der ganze Urin wieder auf natürlichem Wege. Natürlich kann auch einmal die Sectio alta mit dem Katheterismus posterior in Frage kommen.

In dem zweiten, nur die Strikturen der Harnröhre behandelndem Abschnitt kommt der von König vertretene, streng chirurgische Standpunkt den urologischen Spezialärzten gegenüber, die »mit weniger Entschiedenheit chirurgisch blutige Eingriffe anwenden und empfehlen«, zur vollen Geltung. M. erklärt diese Unterschiede aus der Verschiedenheit des Materials, indem der Chirurg wohl häufiger die schweren, nur operativ zu behandelnden Fälle zu sehen bekommt. Ein schönes Beispiel für die Leistungsfähigkeit dieser energischen Behandlung ist es, daß gerade die Erfolge bei der radikalsten Methode, der Resektion und Naht, ganz hervorragende waren. — Die pathologische Anatomie der Strikturen, ihre Ätiologie, Symptome, Diagnose, Prognose und Behandlung werden sehr ausführlich besprochen; der oben erwähnte »Vortrag« kann als Auszug dieses Abschnittes gelten. Ihrer Wichtigkeit entsprechend, werden die Komplikationen und Folgezustände der Harnröhrenstrikturen von M. besonders eingehend betrachtet. Für die Behandlung gilt als Hauptregel die Vermeidung jeder Gewalt, die Verhütung der Infektion, die Sorge für baldigen freien Urinabfluß und langdauernde Nachbehandlung. Bei Kranken, die noch Urin lassen können, kann man einen nicht gelungenen Katheterismus ein paar Tage aufschieben und dann den Versuch wiederholen (Narkose!); besteht Urinverhaltung, dann versucht König bei impermeablen, d. h. für feinere Metallsonden (Charrière 13) nicht durchgängige Strikturen nicht erst die Urethrotomia interna oder die Elektrolyse, sondern macht sofort die U. externa event. mit Resektion der Striktur und nachfolgender Naht (15 Fälle, davon 13 dauernd geheilt).

Ein weiterer Vorzug dieser Arbeit liegt in den von M. mit größter Sorgfalt ausgeführten, unendlich mühsamen Nachforschungen nach den weiteren Schicksalen der von König — zum Teil vor

20, 25 Jahren — behandelten resp. operierten Pat. mit Verletzungen oder Strikturen der Harnröhre. Es waren 206; darunter 47 traumatische, 129 gonorrhoische, 11 ätiologisch unsichere Fälle, die nach Behandlung und späterem Befund, soweit Nachrichten zu bekommen waren, auch in einer übersichtlichen Tabelle zusammengestellt sind. Die Todesfälle sind, wie die Obduktionsprotokolle beweisen, immer die Folge der schon bei der Operation vorhandenen schweren Komplikationen gewesen; die Operationen an sich sind ungefährlich.

A. Köhler.

---

12) **C. Thorel.** Über die Aberration von Prostatadrüsen und ihre Beziehung zu den Fibroadenomen der Blase.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Verf. bespricht seine Beobachtungen über das Vorkommen versprengter Prostatakeime in der Blasenwand. Er sah dieselben als Zufälligkeitsbefunde 4mal in den Blasen 20—50jähriger Männer als kleine, runde, oberflächlich glatte, scharf begrenzte und ziemlich derb beschaffene Knoten, deren Volumen nur zwischen Linsen- und Erbsengröße variierte und die in rundlicher Erhebung aus der Submukosa in die Blasenlichtung vorsprangen. Die Prostatanatur dieser Geschwülstchen wurde sowohl durch den histologischen Bau, als auch besonders durch reichliche Einlagerungen von geschichteten Konkretionen in die Drüsenräume erwiesen, welche die Eigenschaften der Prostatakonkretionen zeigten.

Je nach der überwiegenden Zusammensetzung der Knoten aus Drüsenschläuchen oder dem Zurücktreten der Drüsenläppchen unter der massiven Entwicklung des bindegewebigen Stromas verdienen diese Geschwülste die Bezeichnung eines Adenofibroms oder eines Fibroadenoms der Blase.

Für die Auffassung gewisser adenomatöser Neubildungen der Blase als Abkömmlinge von versprengten Teilen der Prostata sind diese Befunde von Wichtigkeit.

Blauel (Tübingen).

---

13) **E. Edebohls.** Die Heilung der chronischen Nierenentzündung durch operative Behandlung. Autorisierte Übersetzung von Dr. O. Beuttner in Genf.

Genf, **H. Kündig**, 1903. 54 S.

Da die verschiedenen Arbeiten E.'s über die operative Behandlung der chronischen Nierenentzündung bereits in diesem Zentralblatte referiert worden sind, begnügen wir uns hier mit dem Hinweise der von O. Beuttner besorgten autorisierten Übersetzung der im Med. record 1901 Mai 4 erschienenen Hauptarbeit E.'s. In ihr hat er bekanntlich den Vorschlag gemacht, alle Fälle von chronischer Bright'scher Krankheit operativ zu behandeln, und zwar entweder durch Nephropexie mit ausgedehnter Freilegung der Nierenrinde

durch Abstreifen der Capsula propria oder besser noch durch totale Exzision der Nierenkapsel: Nephrokapsektomie. Ähnlich wie die Talma'sche Operation der Lebercirrhose, soll durch die E.'sche Operation eine arterielle Hyperämie der Nieren hervorgerufen und dadurch eine Absorption der interstitiellen und intertubulären Entzündungsprodukte und Exsudate erzielt werden. Die Zukunft wird zeigen, ob die Operation das hält, was sich E. von ihr verspricht. Die von ihm bisher mitgeteilten 16 Operationsfälle sind noch nicht recht überzeugend, auch noch nicht lange und sorgfältig genug nachbeobachtet. Besondere Zweifel muß man den angeblich »einseitigen« Nephritiden entgegenbringen. **Paul Wagner** (Leipzig).

---

14) **Rovsing.** Wann und wie müssen die chronischen Nephritiden (Tuberkulose ausgenommen) operiert werden?

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

Nachdem R. dargelegt, wie unvollkommen beobachtet die bisher publizierten Fälle auf diesem Gebiete sind, geht er zur Schilderung seiner eigenen, sehr sorgfältig nach allen Richtungen untersuchten Fälle über; er teilt die chronischen Nephritiden, welche Gegenstand chirurgischer Eingriffe werden können, in zwei große Gruppen ein: aseptische Nephritiden, d. h. solche mit sterilem Urin, und infektiöse.

Von aseptischen Nephritiden hat er neun Fälle operiert. Die Affektionen, welche zur Operation führten, waren: diffuse, parenchymatöse Nephritis, doppelseitige, chronische Glomerulonephritis, diffuse, doppelseitige hämorrhagische Nephritis, Nephritis chronica e compressione durch Schnüren, und am häufigsten Nephritis interstitialis et Perinephritis fibrosa infolge von Harnsäure- und Oxalsäurediathese. Fast stets gaben starke Schmerzen Anlaß zur Operation, und in allen diesen Fällen zeigte sich die Membrana propria infolge von Druck oder Spannungen angegriffen. Hier erwies sich die Nephrolyse, die Loslösung einer ganz oder teilweise in perinephritischen Adhärenzen eingeklemmten Niere, als sehr wertvoll für Beseitigung des Schmerzes, während R. nicht den Beweis für erbracht hält, daß die Spaltung der Niere selbst eine chronische Nephritis heilen oder günstig beeinflussen kann.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei infektiösen chronischen Nephritiden. R. hat acht solcher Fälle operiert. Es handelte sich um chronische Infektion mit Staphylokokkus pyogenes aureus, albus, Streptokokkus pyogenes, Bakterium coli. Gerade diese Beobachtungen liefern eine wesentliche Bereicherung unserer Kenntnisse; denn bisher ist auf diese chronischen Infektionen sonst gar nicht untersucht worden. R.'s Fälle zeigen, daß es einseitige chronische Nephritiden von infektiöser Natur gibt; daß diese einseitige infektiöse Nephritis auf einen mehr oder weniger großen Teil der Niere lokalisiert sein kann; daß es doppelseitige, aber partielle infektiöse Nephritiden gibt, und daß diese Nephritiden, sowohl klinisch als pathologisch-

anatomisch große Ähnlichkeit mit den aseptischen, wohlbekannten Formen (große weiße Niere, Schrumpfniere etc.) haben können. Auch bei ihnen hat die Nephrolyse eine ausgezeichnete Wirkung, sie hebt die Schmerzen vollständig und gibt der Niere günstige Bedingungen für die Reparation der Entzündungsprozesse. Die Nierenspaltung ist unzweifelhaft indiziert, wenn abszedierte oder entzündete Partien geöffnet und drainiert werden sollen. Bei Blutungen ist die Wirkung der Nierenspaltung fraglich, bald günstig, bald ungünstig. Die Resektion der kranken Partie bei lokalen Nephritiden kann Heilung herbeiführen und den Infektionsstoff ganz von der Niere entfernen. Die Nephrektomie wirkt lebensrettend bei einseitiger totaler Nephritis, wenn durch unaufhaltsame Hämaturie, Infektionsfieber und Vergiftung das Leben in äußerster Gefahr schwebt.

Haeckel (Stettin).

---

15) **J. Albarran** et **L. Imbert.** Les tumeurs du rein.

Paris, **Masson & Co.,** 1903. 767 S. Mit 106 Abbild.

Das vorzüglich ausgestattete und mit sehr guten Abbildungen versehene Werk zerfällt in 5 Hauptabschnitte: Geschwülste des Nierenparenchyms bei Erwachsenen; Nierengeschwülste bei Kindern; primäre Neubildungen des Nierenbeckens und Harnleiters; Cysten der Niere (ausschließlich der Echinokokken- und Dermoidcysten); paranephritische Geschwulst.

Die Verff. haben in ihrem, Guyon gewidmeten Buche ein reiches kasuistisches Material verarbeitet, das zum Teil bisher noch nicht veröffentlicht worden war.

1) Die Geschwülste des Nierenparenchyms bei Erwachsenen. Pathologisch-anatomisch unterscheiden die Verff.: a. Adenome tubulären, papillären und alveolären Charakters; b. Adenokarzinome; c. Epitheliome; d. Lipome und Pseudolipome — Hypernephrome —; e. Sarkome; f. Fibrome und subkapsulärer Fibrosarkome; g. gemischte Geschwülste. Unter 380 von den Verff. zusammengestellten Fällen waren 188 Epitheliome, 85 Hypernephrome, 82 Sarkome, 10 Adenome etc. In besonders eingehender Weise haben die Verff. die pathologische Anatomie und Histologie, sowie die Pathogenese der verschiedenartigen Nierenneubildungen abgehandelt; zahlreiche gute Abbildungen erleichtern das Verständnis. Symptomatologisch unterscheiden die Verff. physikalische Symptome: Hämaturie, Geschwulst; funktionelle Symptome: Schmerzen, Urinveränderungen, Störungen der Miktion, Kompressionserscheinungen; accessorische Symptome; Allgemeinerscheinungen. Die Hämaturie ist das häufigste Symptom der bösartigen Nierengeschwülste bei Erwachsenen; in 54% der Fälle war es auch das Anfangssymptom. Die verschiedenen physikalischen Untersuchungsmethoden werden in ausführlicher Weise besprochen, ebenso in dem Abschnitte über die Diagnose, den wir ganz besonders zu einer eingehenden Lektüre empfehlen möchten, die verschiedenen funktionellen Untersuchungsmethoden. Aus dem

Abschnitte über die operative Behandlung sei folgendes hervorgehoben. Da Rezidive auch noch 4 Jahre nach der Operation beobachtet worden sind, kann man nur die Operierten als radikal geheilt betrachten, bei denen wenigstens 4 Jahre nach der Operation rezidivfrei verflossen sind; solche »radikal Geheilte« zählen die Verff. 26. Bei nicht zu ausgedehnten Nierengeschwülsten und in Fällen, in denen die Art der Nierenerkrankung diagnostisch nicht vollkommen sicher ist, bevorzugen sie die lumbale Nephrektomie, wenn schon sie aus ihren statistischen Berechnungen der letzten Jahre gefunden haben wollen, daß die transperitoneale bei den bösartigen Nierengeschwülsten nicht gefährlicher ist als die extraperitoneale. Die Verff. unterscheiden zwischen einer kurativen oder radikalen und einer palliativen Nephrektomie; die letztere ist indiziert bei unerträglichen Schmerzen und überreichen anhaltenden Blutungen.

2) Nierengeschwülste bei Kindern. Pathologisch-anatomisch handelt es sich hier hauptsächlich um gemischte Geschwülste, in denen das embryonäre Bindegewebe überwiegt. Bezüglich der Pathogenese schließen sich die Verff. der Ansicht von Grawitz und Busse an, daß die gemischten Geschwülste ihren Ursprung von normalen Elementen des Organs nehmen. Das erste nachweisbare Symptom ist bei Kindern fast ausnahmslos die Geschwulstbildung; Hämaturie ist bei Kindern selten, die Verff. fanden sie nur in 16% ihrer Fälle. Die Verff. haben 155 Nephrektomien zusammengestellt, von denen 123 seit 1890 vorgenommen worden sind. Die operative Mortalität beträgt bei Kindern noch immer 25—30%. Radikale Heilungen — 3—11 Jahre nach der Operation beobachtet — finden sich 7. Weder das jugendliche Alter, noch die Ausdehnung der Geschwulst an und für sich bilden eine Kontraindikation für die Nephrektomie, die hier wohl meist sicherer auf transperitonealem Wege vorgenommen wird.

3) Die primären Neubildungen des Nierenbeckens und des Harnleiters. Die Verff. haben im ganzen 65 Fälle dieser seltenen Neubildungen zusammenstellen können. Pathologisch-anatomisch unterscheidet man epitheliale Geschwülste — Papillome, papilläre und nicht papilläre Epitheliome —, die sehr seltenen vom Mesoderm ausgehenden Geschwülste: Endotheliome, Sarkome, Myxome, Rhabdomyxome. Unter den Symptomen ist sehr häufig das erste die Hämaturie. Für die Diagnose sind folgende Punkte wichtig: 1) Wenn man neben den Symptomen einer Nierengeschwulst den Nachweis einer Hydro- oder Hämatonephrose führen kann, und wenn man Geschwulstzellen im Urin findet. 2) Der Nachweis einer Hämatonephrose, auch wenn andere Symptome nicht vorhanden sind. 3) Wenn man in dem mittels Harnleiterkatheter gewonnenen Nierenbecken-Urin Geschwulstzellen findet. 4) Wenn man mittels Cystoskops in der Blase papilläre Wucherungen findet oder eine von der Harnleitermündung ausgehende polypöse Geschwulst. Therapeutisch ist bei allen papillären Geschwülsten, auch wenn sie noch so gut-

artig erscheinen, die totale Nephrektomie und eventuell auch die totale Ureterektomie vorzunehmen. In den Fällen, wo die Neubildung nur den unteren Teil des Harnleiters einnimmt, und die dazu gehörige Niere anscheinend gesund ist, macht man nach der Exstirpation des erkrankten Harnleiterstückes, wenn irgend möglich, die Ureterocystostomie. Ist diese Operation nicht möglich, weil das erkrankte Harnleiterstück zu lang ist, so müssen Harnleiter und Niere vollkommen exstirpiert werden.

4) Nierencysten. Die Verff. unterscheiden fünf Arten von Cysten: a. die Cysten bei interstitieller chronischer Nephritis — sie haben kein chirurgisches Interesse —; b. die uni- oder paucilokulären Cysten, die gewöhnlich als seröse Cysten bezeichnet werden; c. die polycystische Niere, d. die Echinokokkencysten und e. die Dermoidcysten der Niere. Die beiden letztgenannten Cystenarten werden von den Verff. nicht mit in den Bereich der Besprechung gezogen. Bei der Behandlung der seltenen serösen Cysten empfehlen die Verff. mit vollem Rechte möglichst konservativ vorzugehen. Bei der polycystischen Niere unterscheiden sie die angeborene cystöse Nierendegeneration, die nur äußerst selten Gegenstand chirurgischen Eingreifens ist, und die cystöse Nierendegeneration bei Kindern und bei Erwachsenen. Bei beiden ist die primäre Ursache der Erkrankung in einem Entwicklungsfehler zu suchen; epitheliale Proliferationen und Retentionen spielen eine Rolle bei der Vergrößerung der Cysten. Bei der cystösen Nierendegeneration der Erwachsenen unterscheiden die Verff. klinisch eine urämische, Bright'sche und renale oder chirurgische Form. Bei letzterer bestehen die Hauptsymptome in Hämaturie und Lendenschmerzen. Nur bei der »chirurgischen« polycystischen Niere darf operativ eingeschritten werden, und auch nur dann, wenn man vollkommene Gewißheit über die Gesundheit der anderen Niere erlangt hat.

5) Paranephritische Geschwülste. Man kann hier fünf verschiedene Arten unterscheiden: a. Lipome, Myxolipome etc.; b. Fibrome, Fibromyxome etc.; c. Sarkome, Fibrosarkome etc.; d. Mischgeschwülste, Fibromyoosteosarkome etc.; e. paranephritische Cysten. Therapeutisch empfiehlt sich bei den festen Geschwülsten eine möglichst vollständige Exstirpation, und zwar wenn irgend tunlich mit Erhaltung der Niere.

Den Schluß des Buches bilden statistische Zusammenstellungen über die von den Verff. bearbeiteten operierten Fälle: 413 Nierengeschwülste bei Erwachsenen; 172 Nierengeschwülste bei Kindern; 53 Nierenbecken- und Harnleiterneubildungen; 31 seröse Cysten; 53 cystöse Nierendegenerationen; 72 paranephritische Geschwülste und Cysten.

Das vorliegende Werk bedeutet nach jeder Richtung hin eine ausgezeichnete Bereicherung der chirurgischen Nierenliteratur.

Paul Wagner (Leipzig).

Kleinere Mitteilungen.

Schutzvorkehrungen für Patienten, Ärzte und Fabrikanten gegen Schädigungen durch Röntgenstrahlen.

Von
Dr. **Albers-Schönberg** in Hamburg.

Die Schädigungen durch Verbrennungen mit Röntgenstrahlen, von denen in der Literatur eine große Anzahl niedergelegt ist, geben mir die Veranlassung, der Frage, welche Schutzmaßregeln zu ergreifen sind, näher zu treten. Die Bedeutung, welche dieser Angelegenheit zukommt, wird besonders durch den augenblicklich schwebenden, civilrechtlich zu entscheidenden Prozeß Sch. illustriert. Gegen den durch den Strafprozeß bereits bekannt gewordenen Arzt wird nunmehr eine Forderung auf ca. ℳ 36000 Schadenersatz wegen Körperbeschädigung erhoben. Ein zweiter, noch in den Anfangsstadien befindlicher Fall ähnlicher Natur wird wahrscheinlich demnächst die Öffentlichkeit beschäftigen.

Um in Zukunft die Ärzte vor derartigen übeln Eventualitäten zu sichern und zugleich das Publikum nach Möglichkeit vor Verbrennungen zu schützen, habe ich einige Bestimmungen für die röntgenographischen Untersuchungen von Pat. ausgearbeitet, deren Befolgen fast sicheren Schutz nach jeder Richtung zu gewähren imstande ist.

Die Berechtigung, mit derartigen Vorschlägen vor die Öffentlichkeit zu treten, nehme ich aus meiner seit Beginn der Röntgenzeit datierenden spezialistischen Beschäftigung mit diesem Fache und gestützt auf viele tausend Untersuchungen.

A. Schutz des Patienten.

Die wichtigste und schon oft betonte Hauptforderung ist die Befolgung des Grundsatzes, nur sachverständigen Ärzten die Anwendung von Röntgenstrahlen am Pat. zu gestatten.

Derjenige Arzt, welcher Techniker, niederes Heilpersonal oder dergleichen mit der Vornahme von Röntgenuntersuchungen an Pat. beauftragt, ist haftbar für eventuelle Schädigungen der Kranken.

Der Pat. kann bei der Untersuchung mittels Röntgenstrahlen

a. durch die Strahlen selbst,
b. durch Zersplitterung von Röntgenröhren,
c. durch Übergang starker elektrischer Entladungen in den Körper

geschädigt werden.

Ad a. Die Röntgenstrahlen können zu Verbrennungen führen, wenn

1) die Belichtungszeit eine zu lange,
2) die Entfernung der Röhre eine zu geringe ist,
3) bei richtigem Röhrenabstande und richtiger Expositionszeit die Untersuchungen zu häufig hintereinander vorgenommen werden.

Ad 1) Was die Dauer der zulässigen Belichtung angeht, so kann man hierüber sehr präzise Vorschriften geben. Während früher außerordentlich lange exponiert wurde, erlaubt die heutige Technik, vorwiegend durch die Ausbildung des Blendenverfahrens, eine außerordentliche Abkürzung der Belichtungsdauer. Ich halte es für ganz ausgeschlossen, daß man zum Zwecke der Herstellung einer Röntgenplatte von irgend einer beliebigen Skelettpartie des menschlichen Körpers einer längeren Expositionszeit als höchstens 4 Minuten bedürfen wird. Diese Zeit ist sehr hoch gegriffen und wird nur in den allerwenigsten Fällen bei außerordentlich dicken Pat. zur Anwendung kommen. Auch beim Nierensteinnachweis genügen kurze Expositionen, welche die Zeit von 4 Minuten nicht zu übersteigen brauchen. Ich komme fast für alle Aufnahmen mit der Maximalzeit von 2 Minuten aus und glaube, daß bei einiger Übung und bei erstklassigem Instrumenta-

rium dieselbe auch für andere Untersucher unter allen Umständen ausreichen wird. Solche Ärzte, welche im Besitze schwächerer Apparate sind, werden beispielsweise bei Hüftgelenk-, Lendenwirbelsäulen- und Nierensteinaufnahmen bis zu 4 Minuten gehen müssen. Diese Zeit indessen zu überschreiten, halte ich für unzulässig. Für den größten Teil aller Röntgenaufnahmen der großen Gelenke sowie der Röhrenknochen etc. genügen wesentlich kürzere Expositionen, welche zwischen $^1/_2$—$1^1/_2$ Minuten schwanken. Bei Aufnahmen der Zähne ist die äußerste zulässige Expositionszeit 15 Sekunden.

Ad 2) Der Abstand der Röntgenröhren von der Körperoberfläche muß ein solcher sein, daß auch bei der maximalen Belichtungsdauer von 4 Minuten eine Verbrennung vollständig ausgeschlossen ist. Die Entfernung, welche sich mir unter allen Umständen bewährt hat, und bei welcher ich bis jetzt noch keine Verbrennungen gesehen habe, beträgt von der Oberfläche der Röhre bis zur Oberfläche des Körpers gerechnet ca. 30 cm. Ein näheres Herangehen mit der Röhre an den Pat. ist technisch gänzlich überflüssig und infolgedessen zu verwerfen. Eine Ausnahme machen die Zahnuntersuchungen, bei denen man sehr weiche Röhren benutzen muß und infolgedessen bis auf 15 cm an das Gesicht herangehen kann. Da die Exposition hier indessen 15 Sekunden nicht überschreiten darf, so ist bei dieser Entfernung eine Verbrennung nicht zu befürchten.

Ad 3) Da auch bei großer Übung sehr viele Aufnahmen beim ersten Versuche mißlingen, so kommt der Untersuchende naturgemäß in die Verlegenheit, die Untersuchung zu wiederholen. Es ist dieses auch statthaft, doch darf derselbe Körperteil am gleichen Tage unter den sub 1) und 2) angegebenen Kautelen nicht mehr als höchstens dreimal untersucht werden. Das würde eine maximale Belichtungszeit von 12 Minuten bei 30 cm Abstand bedeuten. Denjenigen, welche gezwungen zu sein glauben, 4 Minuten exponieren zu müssen, möchte ich indessen lieber den Rat geben, sich mit zwei Untersuchungen am gleichen Tage zu begnügen. Bei Nierensteinuntersuchungen, welche naturgemäß nicht immer in einer Sitzung zu erledigen sein werden, ist es zu empfehlen, an mehreren nicht hintereinander liegenden Tagen zu untersuchen und dieselben Fälle pro Tag nicht mehr als zweimal zu exponieren.

Da häufig Pat. bereits von anderer Seite durchleuchtet sind, wenn sie zum Arzte zur Vornahme einer Röntgenuntersuchung kommen, ist diesbezüglich eine Voranfrage bei den Pat. erforderlich, da man sich zu hüten hat, auf dieselbe Hautpartie, welche vielleicht am Tage vorher bereits längere Zeit bestrahlt worden ist, abermals die Röhre zu richten. Solche Pat. dürfen erst dann untersucht werden, wenn die Inkubationszeit der Röntgendermatitis abgelaufen ist. Es sind mir Fälle bekannt, welche infolge einer einmaligen Bestrahlung eine Dermatitis bekamen, deren Entstehen rätselhaft zu sein schien. Bei näherer Nachforschung stellte sich dann heraus, daß die Kranken bereits von anderer Seite kurz vorher längere Zeit bestrahlt worden waren.

Ob bei der Untersuchung eines Körperteiles eine Abschützung der nicht zu bestrahlenden Körperpartien zu verlangen ist, möchte ich einstweilen dahingestellt sein lassen, jedoch, wenn irgend ausführbar, empfehlen. Bei dem erwähnten Abstande und Anwendung von Bleiblenden genügt es, wenn die Röhre auf einer ca. 25 qcm großen Platte, welche an ihrer Unterseite mit Bleibeschlägen versehen ist, montiert wird. Alle im direkten Strahlungsbezirke befindlichen Körperteile sind hierdurch vollständig geschützt. Wendet man keine Blenden an, so ist die Abschützung der nicht zu bestrahlenden Körperteile naturgemäß schwerer auszuführen. Unerläßlich ist eine solche Abschützung indessen, wenn es sich um Untersuchungen des Kopfes oder des Halses handelt, resp. wenn der Kopf sich in der Nähe der Röhre befindet. Eine einmalige Bestrahlung kann unter Umständen zu Haar- und Bartausfall führen, eine Schädigung, vor welcher der Pat. zu bewahren ist. Bei Untersuchungen des behaarten Kopfes sind die Kranken auf diese Möglichkeit hinzuweisen.

Auch die direkten Durchleuchtungen, d. h. die Untersuchungen auf dem Leuchtschirme, sind unter Kautelen vorzunehmen. Die Röhre ist so aufzustellen,

daß nur der zu untersuchende Körperteil vom Strahlenkegel getroffen wird. Die übrigen Partien müssen sich nach Möglichkeit außerhalb des Bereiches der direkten Strahlung befinden. Der Abstand des Pat. von der Röhre darf nicht geringer als 20 cm gewählt werden und die einmalige Untersuchung ein und derselben Körperpartie darf eine Zeitdauer von 2 Minuten nicht überschreiten, es sei denn, daß verschiedene Körperbezirke zur Durchleuchtung kommen, mithin die bereits bestrahlten sich nicht permanent unter der Einwirkung der Strahlen befinden.

Ad b. Der Schutz der Augen des Pat. gegen event. zerplatzende Röhren ist eine nicht zu unterschätzende Aufgabe, da event. Verletzungen, namentlich dann, wenn die Augen in der Nähe sind, zu befürchten sein können. Bei der Anwendung geeigneter Bleiblenden, wie oben beschrieben, befindet sich der unter der Blende liegende Pat. ziemlich in Sicherheit. Wendet man keine Blenden an, so ist eine eventuelle Schädigung durch umherfliegende Glaspartikelchen möglich. Ein Schutz gegen Zerbrechen der Röhren ist dann besonders zu verlangen, wenn man mit großen Exemplaren arbeitet (Müller'sche Wasserkühlröhren, Gundelach'sche Dauerröhren). Je größer die Röhre, um so bedeutender ist die Zerstäubung von Glas. Da die Röhren infolge des Betriebes nicht springen, sondern nur dann, wenn sie unvorsichtig gehandhabt werden, so genügt es vollkommen, während der Einstellung über das Gesicht des Pat. ein Tuch zu decken, um bei etwaigen Röhrenzertrümmerungen die Augen zu schonen. Die übrigen Körperpartien bedürfen gegen das Zerbrechen der Röhre keines besonderen Schutzes, da derselbe schwer ausführbar ist und etwaige Verletzungen der Haut nur unbedeutend sein dürften.

Ad c. Gegen unbeabsichtigte Stromübergänge ist der Pat. strikte zu schützen. Dieselben können erfolgen durch Unachtsamkeit bei der Einschaltung der Röhre, indem die Kabel nicht richtig eingehängt werden, oder durch spontane Loslösung eines Kabels von der Röhre. Arbeitet man mit Blenden, namentlich mit der vom Verf. angegebenen Kompressionsblende, so wird der Strom in die Metallteile hineinfahren. Da derselbe aber auch von hier in den Pat. übergehen kann, ist die Blende unter allen Umständen mit einer Erdleitung zu verbinden. Es genügt als solche eine Drahtverbindung mit der Wasser- oder Gasleitung des Hauses.

B. Schutz des Arztes.

Von ganz besonderer Bedeutung sind die Schutzvorrichtungen für Ärzte.

Es sind zwar bis jetzt außer Hautverbrennungen der verschiedensten Grade schwere Schädigungen, namentlich innerer Organe, nicht mit Sicherheit festgestellt worden. Es ist indessen nicht anzunehmen, daß eine fortdauernde Beschäftigung mit den Röntgenstrahlen gleichgültig für den Körper des Untersuchenden ist. Mir sind zwei Fälle bekannt, in welchen Herzklopfen und Angstgefühl sowie Beschleunigung des Pulses unter der Einwirkung der X-Strahlen beobachtet worden sind. Es ist auch durchaus möglich, daß ebenso gut wie an den peripheren Arterien auch an den tiefer gelegenen Degenerationen vakuolärer Art entstehen können. Die spätere Zeit wird lehren, inwieweit meine Annahme gerechtfertigt ist. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß es Pflicht der Vorstände von Krankenhäusern und Kliniken ist, die mit den Röntgenuntersuchungen beauftragten Assistenten in genügender Weise vor eventuellen Schädigungen zu bewahren, resp. sie auf die Möglichkeit solcher vor Übernahme der Station aufmerksam zu machen.

Die Verbrennungen der Hände seitens der Untersucher sind die üblichen Folgen bei allen denjenigen, welche ihre Hände dauernd der schädigenden Einwirkung der Strahlen aussetzen.

Es ist hier nicht der Ort, die schweren Veränderungen der Haut und der Nägel zu beschreiben, es soll nur darauf hingewiesen werden, daß derjenige, welcher einmal die sog. Röntgenhände erworben hat, von der Ausübung der chirurgischen oder geburtshilflichen Praxis absolut ausgeschlossen ist. Eine Desinfektion der Hände im modernen Sinne ist unmöglich, Rhagadenbildungen, Pustelbildungen etc. gestatten die erwähnte Tätigkeit unter keinen Umständen.

Die Untersucher werden in folgender Weise zu schützen sein:

1) partieller Schutz der Hände,

2) allgemeiner Schutz des Körpers.

Ad 1) Das Benutzen der Hände zur Feststellung des Härtegrades der Röhren ist überflüssig und unter allen Umständen zu unterlassen. Genügende Übung ermöglicht es, einer Röhre den Härtegrad ohne weiteres anzusehen. Bei mangelnder Erfahrung erfüllt der Härtegradmesser nach Walter vollkommen den Zweck der Röhrenbestimmung. Genannter Apparat ist so konstruiert, daß die Hand nicht mit den Strahlen in Berührung kommt. Mit Ausnahme bei Zahnuntersuchungen gibt es in der ganzen Röntgentechnik kaum eine Veranlassung, die Hände in direkte Nähe der Strahlenquelle zu bringen. Bei den Zahnuntersuchungen sind indessen die Expositionen zu kurz, um schädigend wirken zu können.

Ad 2) Der Gesamtschutz des Körpers, welcher eventuellen inneren Schädigungen sowie dem Ausfalle von Kopf- und Barthaaren vorbeugen soll, ist in folgender Weise zu bewerkstelligen. Zunächst muß die Röntgenröhre, sei es auf der Kompressionsblende oder am Wandarme, stets so eingeschaltet werden, daß der Untersucher hinter der Antikathode, also nicht im direkten Bereiche der Strahlung sich befindet. Da indessen, wie man sich durch ein Experiment leicht überzeugen kann, in einem Raume, in welchem eine Röntgenröhre funktioniert, überall Strahlung vorhanden ist, so ist noch ein spezieller Schutz des Körpers in Gestalt einer zwischen der Röhre und dem Untersucher befindlichen, mit Blei gepanzerten Schutzwand erforderlich. Der Untersucher hat stets während der Zeit der Funktion der Röhre seinen Standort hinter dem Schirme zu nehmen. Der Rheostat muß so aufgestellt sein, daß er von diesem Punkte aus zu bedienen ist. Es ist indessen auch hinter einem solchen Schirme noch Diffusionsstrahlung vorhanden. Wenngleich dieselbe auch so schwach ist, daß sie wohl kaum noch einen Einfluß auf den menschlichen Körper ausüben kann, so ist vorsichtigen Untersuchern doch anzuraten, die Schutzwand in Gestalt eines viereckigen Häuschens zu konstruieren, welches außen mit Blei beschlagen ist. Die Schutzwand ist ebenso wie zur Verwendung kommende Blenden stets mit Erdleitung zu versehen, um eventuellem Funkenüberschlag vorzubeugen. Es ist absolut unstatthaft, daß sich der Untersucher während der Funktion der Röhre neben der Röhre, d. h. in ihrem Strahlungsbereiche aufstellt, wie dieses früher meist zu geschehen pflegte.

Bei Untersuchungen mit dem Leuchtschirm darf die funktionierende Röntgenröhre nicht frei im Raume stehen, sondern muß sich zum mindesten hinter einer mit einem Diaphragma versehenen Bleiplatte befinden, wodurch die direkte, intensivste Strahlung abgehalten wird und nur die durch das Diaphragma dringende den Pat. und Arzt trifft. Dieser Schutz ist mangelhaft. Am besten wird die zu Untersuchungszwecken benutzte Röhre in einen mit Blei ausgekleideten Kasten untergebracht, welch letzterer ein Diaphragma enthält. Da die Herstellung von Bleiglas, welches absolut sicheren Schutz gegen Röntgenstrahlen gewährt, nunmehr durch den Verf. in die Wege geleitet ist, muß, sobald dasselbe im Handel erschienen sein wird, die Anforderung gestellt werden, daß auch der Leuchtschirm über seiner Schichtseite eine Bleiglasplatte trägt. Hierdurch werden die Bilder nicht beeinträchtigt, eine Bestrahlung des Untersuchers dagegen ausgeschlossen. Ich habe wiederholt bei langdauernden Untersuchungen auf dem Leuchtschirm Brennen der Gesichtshaut verspürt, trotzdem das Gesicht nur von solchen Strahlen getroffen worden war, welche bereits den Körper des Pat. vollkommen passiert hatten.

C. Schutz des Fabrikanten.

Von allergrößter Wichtigkeit ist der Schutz der mit der Röhrenindustrie beschäftigten Arbeiter. Diese Personen, welche unaufhörlich den Strahlen ausgesetzt sind, erleiden die allerschwersten Verbrennungen. Frieben beschreibt einen Fall, in welchem es zu Karzinombildung im Anschluß an ein Röntgenulcus kam. Fast alle Röhrenfabrikanten sind erheblich entstellt, Pigmentierung der Haut, Warzenbildung, Bartlosigkeit, Mangel an Augenwimpern und Augenbrauen gehören zu den gewöhnlichsten Anblicken. In schweren Fällen beobachten wir

Geschwürsbildungen, Nagelausfall, sogar Linsentrübungen. Es liegt auf der Hand, daß mit der Zeit für diese Arbeiter ebenso gut Schutzvorrichtungen gefordert werden müssen wie für Personen, welche in anderen gesundheitsgefährlichen Betrieben beschäftigt sind. Auch hier muß die Forderung gestellt werden, daß vor jeder Luftpumpe, mittels welcher die Röhren während des Funktionierens ausgepumpt werden, eine ausreichend große Bleiglasplatte aufgestellt wird. Die letztere muß so groß gewählt werden, daß alle Teile des in der Nähe stehenden Arbeiters sich im Schutze befinden. Die Ausgestaltung dieser Maßregel muß den Fabrikanten überlassen bleiben, da sie sich nach den jeweilig örtlichen Verhältnissen zu richten hat.

Das Prüfen der Röhren auf den Grad ihrer Luftleere darf unter keinen Umständen mit der Hand geschehen, sondern muß mittels der **Walter**'schen Härteskala vorgenommen werden.

Es sind dieses in kürzester Zusammenfassung diejenigen Schutzmaßregeln, welche für Patienten, Ärzte und Fabrikanten in Betracht kommen; dieselben erscheinen auf den ersten Blick etwas rigoros, indessen nur scheinbar; denn n Wirklichkeit können alle Anforderungen, ohne den Betrieb in irgend welcher Weise zu erschweren, in Anwendung gebracht werden.

---

16) **Bofinger** (Creglingen). Taschenbesteck und Taschen-Sterilisier-Apparat.

(Ärztliche Polytechnik 1903. Februar.)

Zum Mitnehmen über Land gibt es wohl keinen bequemeren Apparat als obigen, welcher 17½ cm lang, 9½ cm breit und 4 cm dick ist. Er nimmt außer den mitzunehmenden Instrumenten zwei Spirituslampen in sich auf. Entfaltet kann mittels der Lampen der ganze Apparat mit Inhalt in kürzester Zeit ausgekocht werden. Der Apparat besteht aus Neusilber.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

17) **Hausmann** (St. Gallen). Universalsterilisator mit Überdruck.

(Ärztliche Polytechnik 1903. Januar.)

Die Sterilisation der Instrumente geschieht in obigem Apparate durch kochendes Wasser oder Boraxlösung. Die Instrumente liegen auf einem gelochten Metallkorb zu unterst in der Lösung, unter welcher Spiritus, Gas, Elektrizität etc. als Heizquelle dient. Auf diesem Korbe ruht ein zweiter gelochter Metallkorb, welcher von heißem Dampf sterilisiert wird; in ihm liegen Katheter, Spritzen, pharmaceutische Präparate etc. Über beide Körbe ist eine schwere Glocke gestülpt, oben geschlossen, unten offen. Sie dient zur Erzeugung des Überdruckes. Die Decke der Glocke ist nach unten eingebogen und nimmt Verbandstoffe auf, welche selbstverständlich stark erhitzt werden, aber fast trocken bleiben. Über das Ganze kommt ein Deckel. 5 Figuren im Original.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

18) **V. Czerny** und **O. Simon.** Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik für das Jahr 1901.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Suppl.-Heft.)

Der Bericht wird mit einem Vorwort C.'s eingeleitet. Der von S. bearbeitete allgemeine Teil gibt eine Übersicht über das reiche Material der Heidelberger Klinik. Bei 200 Krankenbetten wurden 2571 Kranke verpflegt, an welchen insgesamt 1985 Operationen vorgenommen wurden (1930 im Vorjahre). Mit Ausnahme der Laparotomien, deren Zahl von 238 (1900) auf 272 gestiegen ist, hat sich die Zahl der großen Operationen gegen das Vorjahr wenig verändert. Allgemeine Narkose wurde 1753mal ausgeführt (Chloroform in 1257, Morphium-Chloroform in 260, Äther in 157, Chloroform-Äther in 55 Fällen). Die Mortalität der operierten

Fälle betrug 6,04% (120 Todesfälle auf 1985 Operationen). 17 Pat. starben, ohne daß eine Operation vorgenommen war, so daß sich eine Gesamtmortalität von 5,2% ergibt. 1mal erfolgte Chloroformtod bei starker Herzerkrankung.

Dem speziellen Teile, welcher, topographisch in großen Gruppen geordnet, für jeden Fall eine, wenn auch kurze Krankengeschichte bringt, folgt dann noch ein Bericht über die Tätigkeit der Ambulanz. Die Frequenz belief sich im Jahre 1901 auf 7814 Pat. Allgemeine Narkose wurde 133mal, davon 122mal mit Chloroform ausgeführt. Die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie kam 124mal zur Anwendung. Die Zahl der behandelten Frakturen belief sich auf 269. Daß auch in der Ambulanz die operative Tätigkeit eine lebhafte war, erhellt aus der Tabelle der operativen Eingriffe, unter welchen sich auch Strumektomien und Amputationen finden.

Blauel (Tübingen).

19) Seeligmann (Hamburg). Mitteilungen über Studien zur Erforschung und Heilung des Krebses beim Menschen.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 3.)

Verf. knüpft an die v. Leyden-Blumenthal'schen Versuche an, das Karzinom durch Injektion ausgepreßter Karzinomflüssigkeit zu behandeln. Er geht von der Idee aus, daß die atypische schrankenlose Epithelwucherung möglicherweise nicht das eigentliche Leiden des Organismus sei, sondern daß durch diese Epithelwucherung durch eine Art Selbsthilfe des Organismus eine hypothetische, konstitutionelle Allgemeinerkrankung des Körpers bekämpft werde, etwa in der Weise, daß die Krebszellen eine antitoxische Substanz liefern.

(Wenn der interessante Gedankengang des Verf. richtig ist, dann wäre also unsere chirurgische Therapie des Karzinoms sinnlos. Wie erklärt er sich aber die Tatsache, daß durch Exstirpation von Karzinomen sehr viele Menschen dauernd geheilt werden? Ref.)

Verf. hat zuerst bei Versuchstieren und dann bei Menschen mit inoperablen Karzinomen sterilisierte, ausgelaugte Krebsmassen mit der Nahrung innerlich gereicht und dabei keinerlei Schädigung des Verdauungskanals beobachtet. Die Pat. befanden sich nach Verabreichung wesentlich besser und die einzelnen Symptome wurden weniger lästig.

Verf. wünscht seine Mitteilung nur als eine vorläufige betrachtet zu wissen.

Schmieden (Bonn).

20) Monmeneu. Flebitis pneumonica.

(Revista de med. y cir. pract. de Madrid Nr. 765.)

Die Fälle von sogenannter Phlegmasia alba dolens im Anschluß an akute Infektionskrankheiten sind, abgesehen von den im Anschluß an das Puerperalfieber auftretenden Phlebitiden, noch nicht sehr häufig beschrieben worden. In der Literatur existieren nach Steiner-London zwischen 20 und 30 derartiger Fälle. Im vorliegenden Falle trat am 7. Tage einer bis dahin regelmäßig verlaufenen Pneumonie plötzlich eine neue Temperatursteigerung zugleich mit sehr heftigen Schmerzen im linken Beine auf. Der Schmerz lokalisierte sich in der Leistengegend, und schon am nächsten Tage waren alle Symptome der typischen Phlegmasia alba dolens ausgeprägt. Das Fieber hielt an, ohne sich über 40° zu erheben, welche Temperatur am 5. Tage nach Einsetzen der Phlebitis erreicht wurde. 2 Wochen nach Beginn der linksseitigen Erkrankung, als diese schon im Zurückgehen war, stellten sich die gleichen Symptome im rechten Beine ein. Die Heilung beanspruchte, vom Beginn der Pneumonie an gerechnet, genau 3 Monate. Es werden die drei für die Ätiologie der Phlebitis in Betracht kommenden Theorien kritisch besprochen. M. glaubt, daß weder die chemische noch die anatomische, noch die rein infektiöse Theorie allein eine genügende Erklärung bieten können; vielmehr ist das Hauptsächliche für das Zustandekommen der Erkrankung eine Prädisposition von Seiten des Organismus; denn andernfalls müßten bei der sehr beträchtlichen Anzahl von Erkrankungen an Pneumonie weit mehr Phlebitiden beobachtet worden sein. Besteht die Prädisposition entweder in einer Schwäche

der Gefäßwand oder aber in einer chemischen Veränderung des Blutes, so kommt die Infektion sekundär an dieser Stelle zustande. **Stein** (Wiesbaden).

21) **E. J. Claxton.** The gelatin treatment of aneurysm.

(Guy's hospital reports 1902. Vol. LVII.)

C. legt seiner kritischen Besprechung 7 Fälle aus Guy's Hospital zugrunde, deren Krankengeschichten am Schlusse zusammengestellt sind. Resultat der Gelatinebehandlung: 1mal vorübergehende Besserung, 2mal Tod an Tetanus, 3mal keine Besserung; ein Kranker entzog sich nach einer Injektion der weiteren Behandlung. Die Ausführungen des Verf. gipfeln darin, daß er die Gelatinebehandlung, welche ebenso wie die Galvanopunktur, Einführung von Draht und anderen Methoden nur den lokalen Blutgerinnungsprozeß begünstigen will, dagegen keinen Einfluß auf den allgemeinen atheromatösen Zustand ausübt und deshalb auf den Namen einer wirklichen Kur keinen Anspruch hat, wegen ihrer hohen Gefahr und mangelhaften Erfolge verwirft. **Kleinschmidt** (Kassel).

22) **X. Eigenbrodt.** Tetanus nach subkutaner Gelatineinjektion.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

Wegen heftiger Nachblutung nach einer Nasenoperation wurden bei einem 19jährigen Mädchen Gelatineinjektionen gemacht. Am 6. Tage danach brach Tetanus aus, welcher trotz möglichst frühzeitig gegebenen Heilserums nach 19 Stunden tödlich endigte. Wie in den meisten ähnlichen Fällen ließen sich in der Gelatinelösung keine Tetanusbakterien nachweisen. E. wirft die Frage auf, ob nicht vielleicht in der sterilisierten Gelatinelösung Tetanustoxin die Erkrankung verursacht haben mag, hält diese Erklärung aber für nicht haltbar. Jedenfalls sei zu verlangen, daß die Gelatine aus unverdorbenem Material von gesunden Tieren in sauberer Weise hergestellt sei, eine Forderung, welche, wie Naunyn in einer Fußnote bemerkt, längst in dem Präparate von Merck in Darmstadt erfüllt ist. **Haeckel** (Stettin).

23) **D. D. Niculescu** (Bukarest). Bezüglich einiger lokaler Zufälle infolge von Cocaineinspritzungen in der Stomatologie.

(Spitalul 1903. Nr. 3. [Rumänisch.])

Das Cocain ist mitunter ein sehr gefährliches Mittel, und obwohl nur etwa 8 Fälle bekannt sind, wo die subkutane Anwendung desselben tödliche Folgen hatte, so sind doch minder bedeutende Zufälle, wie Übelkeiten, Erbrechen, Schwatzhaftigkeit, Cocainrausch etc. oft zu bemerken. Auch lokale Zufälle kommen vor, wenn auch selten. So hat N. infolge von Cocaininjektionen ins Zahnfleisch Haarausfall des Schnurrbartes beobachtet, so daß ganze Stellen haarlos blieben, und in einem anderen, ähnlich behandelten Falle Auftreten von nekrotischen Stellen an der Schleimhaut des harten Gaumens gesehen. Er erklärt diese Erscheinungen als Folgen des Cocaineinflusses auf die Vasokonstriktoren, wodurch eine verminderte Ernährung der benachbarten Teile hervorgerufen wird.

E. Toff (Braila).

24) **Wild.** Über die Skopolamin-Morphiumnarkose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 9.)

Verf. berichtet über 8 im Altonaer Krankenhause ausgeführte Skopolamin-Morphiumnarkosen. Es wurden nur gesunde kräftige Leute ohne Erkrankungen des Herzens, der Atmungsorgane oder der Nieren gewählt. In allen Fällen wurde die von Blos empfohlene Probedosis von 5 dmg Skopolamin, 3 cg Morphium am Abend vor der Operation gegeben, ohne daß dieselbe als wertvoll erkannt wäre. Wenn 2 Stunden nach der Einspritzung noch keine Narkose vorhanden war, wurde dieselbe durch Äther tropfweise herbeigeführt. In einem Falle blieb die Wirkung der Einspritzung aus. Die Dauer derselben schwankte zwischen 40 Minuten und 14 Stunden. In 7 Fällen verlief die Narkose gut und angenehm. Bei einem

18jährigen Mädchen dagegen, bei welchem 15 dmg Skopolamin und 9 cg Morphium gegeben waren, zeigte sich deutlich die Unzuverlässigkeit der Skopolaminwirkung. Trotz der hohen Dosis zeigte die Pat. nach 2 Stunden noch keine Schläfrigkeit, so daß dauernd Äther während der Operation gegeben werden mußte. Erst nach Beendigung der Operation verfiel sie in einen tiefen Schlaf, und hier zeigte sich bald, daß das Skopolamin die schädlichen Wirkungen des Morphins nicht ausgleicht: Atmung ähnlich dem Cheyne-Stokes'schen Atmen. Puls anfangs bald voll, bald klein, setzte allmählich ganz aus, Atmung wurde röchelnd, Pat. machte den Eindruck einer Sterbenden, Reflexe erloschen. Durch künstliche Atmung, Kampfer, Kochsalz, faradischen Strom gelang es nach einstündiger Anwendung, Puls und Atmung wieder regelmäßig zu gestalten.

Auf Grund dieser Erfahrung warnt W. vor weiteren Versuchen, da das Skopolamin keine einheitliche physiologische Wirkung hat.

Langemak (Rostock).

25) **T. W. Huntington.** Extensive X-ray lesion treated by excision and skin graft, and a Gritti's amputation on the thigh on the same patient.

(Occidental med. times 1902. Nr. 7.)

Interesse bietet nur der erste Teil der Arbeit:

Bei 23jährigem Pat. entstand nach »kurze Zeit dauernder« Röntgenaufnahme eine Nekrose der Bauch- und Oberschenkelhaut in Ausdehnung von 5 : $5^1/_2$ Zoll. Behandlung wie in einem früher berichteten Falle (vgl. d. Bl. 1902 p. 600): Exzision und Transplantation nach Thiersch. Glatte Heilung bis auf eine kleine durch Granulation heilende Stelle. **Kleinschmidt** (Kassel).

26) **J. Preindlsberger** (Sarajevo). Urologische Mitteilungen.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 3.)

Die Mitteilungen des Verf. enthalten kasuistische Beiträge in Form von fünf Krankengeschichten, deren Gemeinsames ist, daß die Sectio alta angewandt wurde, und zwar mit gutem resp. befriedigendem Erfolge bei verschiedenen selteneren Blasenleiden.

Es waren folgende fünf Fälle:

1) Ruptura urethrae; Infiltratio urinosa. Sectio alta, Katheterismus posterior.
2) Cystitis tuberculosa vesicae. Sectio alta.
3) Ein Fall von Schrumpfblase. Sectio alta.
4) Papilloma vesicae. Sectio alta. Exstirpation.
5) Inkrustation der Blase nach Lithiasis. Sectio alta. Ausschabung. Heilung.

Dem Verf. ist es gelungen, in recht verzweifelten Fällen durch Sectio alta, sowie durch sorgfältige Nachbehandlung mit Blasentamponade, Dauerkatheter etc. recht erhebliche, dauernde Besserungen zu erzielen; natürlich blieb ihm die Schwierigkeit der Heilung einer solchen hohen Blasenfistel nicht erspart. Das Einzelne der wertvollen Mitteilungen muß im Original nachgelesen werden.

Schmieden (Bonn).

27) **J. Nicolaysen** (Christiania). Hämatoporphyrinurie nach Chloroformnarkose.

(Norsk Mag. for Lägevid. 1901. p. 24.)

Bei einer Pat., welche der Verf. am 1. Mai 1900 wegen chronischer Appendicitis operierte, wobei 40 g Chloroform verbraucht wurden, enthielt die erste Urinportion, welche 12 Stunden nach der Operation gelassen wurde, eine große Menge Hämatoporphyrin. Keine Albuminurie; aber in dem centrifugierten Bodensatz wurden hyaline Cylinder nachgewiesen. Die Kranke hatte 5—6 Jahre vorher an akutem Gelenkrheumatismus gelitten. Im Januar und April 1900 hatte sie zwei Anfälle von Appendicitis gehabt. An der Herzspitze wurde Fremissement gefühlt. Der Urin wurde sowohl damals wie vor der Operation untersucht und normal ge-

funden. Nach der Narkose kein Erbrechen. Der Puls war 4 Tage lang frequent (120—124); die Temperatur am Abend des Operationstages 38° C., später normal. Mehrere Tage etwas Cyanose. Pat. wurde am 9. Juni 1900 entlassen. Der Urin noch etwas dunkler gefärbt als normal. 4 Monate später wurde sie untersucht. Der Urin war rotgelb, sauer, spez. Gewicht 1026, enthielt Urobilin. Pat. fühlte sich ganz gesund.

Dies ist der erste Fall, wo zusammen mit Cylindrurie, vermehrter Pulsfrequenz und Cyanose akute Hämatoporphyrinurie als eine der schädlichen Nachwirkungen der Chloroformnarkose konstatiert ist. — Hämatoporphyrin wird in der Leber gebildet und ist das Kennzeichen einer herabgesetzten Oxydation. — Die Urobilinbildung findet im Darmkanale statt, und in um so höherem Grade, wenn Hypercholie vorhanden ist. Hypercholie kann infolge von Destruktion der roten Blutkörperchen auftreten, und wenn weniger als $^1/_{60}$ der roten Blutkörperchen des Organismus destruiert wird, geht nach Untersuchungen Ponfick's das Hämoglobin überhaupt nicht in den Urin über, sondern wird von der Leber aufgenommen. Verf. meint, daß die Hämatoporphyrinurie nach Chloroformnarkose in Analogie mit der Urobilinbildung zu erklären ist. Das Chloroform bedingt herabgesetzte Oxydation und Destruktion eines Teiles der Blutkörperchen; diese werden von der Leber aufgenommen, wo die Bildung des Hämatoporphyrins von der verringerten Oxydation befördert wird. **Wislöff** (Christiania).

28) **G. Luys.** La séparation de l'urine des deux reins chez l'enfant.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1903. Nr. 4.)

Verf. hat seinen Urinseparator außerordentlich verbessert, so daß er auch im kindlichen Alter angewendet werden kann. Das Kaliber des ganzen Instrumentes beträgt nur noch Nr. 15 Charrière. Die Krümmung des Blasenteiles ist verringert, so daß sie sich auch der kindlichen Blase gut anschmiegt. Verf. hat sein Instrument bei einem 14jährigen Knaben und einem 9jährigen Mädchen mit Erfolg angewendet. **Paul Wagner** (Leipzig).

29) **F. Cathelin.** Des perfectionements récents apportés au diviseur vésical gradué.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1903. Nr. 2.)

Verf. teilt eine Reihe von technischen Verbesserungen mit, die er an seinem Instrumente angebracht hat, um die ihm gemachten Vorwürfe zu entkräften. Die Einzelheiten müssen in der mit Abbildungen versehenen Originalarbeit nachgelesen werden. **Paul Wagner** (Leipzig).

30) **V. Czerny und F. Voelcker.** Über Totalexstirpation der Prostata wegen gutartigen Adenoms.

(Festschrift für Bottini.)

Palermo, 1903.

Die Arbeit, die, im Oktober 1901 geschrieben, durch Verzögerungen der Drucklegung erst jetzt erschien, gibt zuerst einen kurzen Überblick über Prostataexstirpationen wegen bösartiger Neubildungen, bespricht dann die verschiedenen Operationsmethoden, die hierbei in Anwendung kamen, und schildert den Entwicklungsgang der operativen Behandlung der gutartigen Prostatahypertrophie. Von den zwei durch Czerny operierten Fällen waren bei dem einen, einem 64jährigen Pat., seit dem Jahre 1886 viermal partielle Prostatektomien auf suprapubischem Wege ausgeführt worden. Die Wucherungen des Mittellappens rezidivierten aber immer wieder, und erst nach der Totalexstirpation der Prostata im Jahre 1901 trat Heilung mit guter Kontinenz und spontaner Miktion ein. Die Operation wurde vom Damme her mit einem bogenförmigen Schnitte vor dem After ausgeführt, die Prostatakapsel gespalten, das Prostatagewebe teils stumpf, teils mit der Schere in mehreren Stücken entfernt, der Defekt in der Harnröhre und im Blasengrunde über einen Katheter vernäht, die Wunde tamponiert. Der Verlauf war günstig.

Die Naht hielt zwar nicht, doch schloß sich sowohl die perineale Wunde, wie auch die von den früheren Operationen herrührende suprapubische Fistel, und bei der Entlassung nach 3 Monaten hatte Pat. klaren Urin, keinen Residualharn, die Blase faßte 300 ccm. Das exstirpierte Prostatagewebe war ein Adenomyom.

In dem zweiten Falle wurde bei einem 62jährigen Manne, mit inkompletter Retention und Cystitis, die gänseeigroße Prostata in toto exstirpiert. Der Erfolg war ebenfalls gut.

Verff. empfehlen die totale Prostatektomie nicht prinzipiell für die Behandlung der Prostatahypertrophie, sondern reden einer individualisierenden Auswahl der Fälle das Wort. Kleine, derbe Formen, vorspringende Wülste am Blasengrunde eignen sich mehr für Bottini's galvanokaustische Inzision; große, weiche, leicht blutende Vorsteherdrüsen scheinen von vornherein mehr für radikale Operationen geeignet. Als Methode des Vorgehens wird der perineale Weg, der genügenden Überblick gibt und gute Drainage ermöglicht, empfohlen.

Voelcker (Heidelberg).

31) **J. Roll** (Christiania). Ein Fall von Ruptura vesicae.

(Norsk. Magazin for Lägevidenskaben 1901. p. 592.)

Verf. referiert einen Fall von intraperitonealer Ruptur der Harnblase, deren Diagnose am 4. Tage durch Cystoskopie gestellt, worauf an demselben Tage die Laparotomie gemacht wurde. Die Krankengeschichte zeigte einige interessante Abweichungen von dem gewöhnlichen Symptomenkomplex, der das Bersten der Blase charakterisiert.

Pat. ist ein Mann von 42 Jahren, der vor 18 Jahren an Lungenentzündung mit Retentio urinae gelitten hatte; er wurde damals katheterisirt. Vor 3 Jahren hatte er angeblich einen Anfall von Nierensteinkolik durchgemacht. Die letzte Zeit ist sein Harn unklar gewesen. — Den Abend bevor er ins Hospital gebracht wurde, 19. Mai 1900, war er etwas betrunken, wurde in diesem Zustande von einem Kameraden zu Boden geworfen und fiel rückwärts mit seinem Hinterteile gegen die scharfe, steinerne Kante des Trottoirs. Er konnte sich nach dem Falle nicht erheben und wurde in einem Wagen nach Hause gefahren. Seitdem hatte er kontinuierliche Schmerzen über dem ganzen Unterleib gehabt; doch waren die Schmerzen anfallsweise kurzdauernd heftiger und strahlten in die Eichel aus. Zweimal trat Harndrang ein; Pat. aber konnte nichts entleeren. Im Laufe der Nacht zweimal Erbrechen. Kein Stuhlgang und kein Abgang von Winden. Pat., 16 Stunden nach dem Unfalle ins Hospital gebracht, zeigte hier 80 Pulse. Temperatur 37,5°. Sein Aussehen ist sehr leidend, und er klagt über heftige Schmerzen in dem ganzen Unterleibe. Er ist kongestioniert und schwitzt. Die Unterextremitäten sind heraufgezogen. Bei häufigem Husten verschlimmern sich die Schmerzen. Bauch nicht aufgetrieben, aber sehr empfindlich — selbst bei vorsichtigster Tastung. Die Bauchdecken sind bretthart kontrahiert. Keine Druckempfindlichkeit in der Lendengegend, über Os sacrum oder beim Zusammendrücken des Beckens. Kein Zeichen von Kontusion der Haut. Keine Motilitäts- oder Sensibilitätsstörungen der Unterextremitäten. Diffuse alte Bronchitis. Bei Rektaluntersuchung findet sich die Harnblase hoch gelegen und herabhängend. Keine Infiltration oder Schwellung nachweisbar. Mit Metallkatheter wurden 750 ccm unklaren, rotgelben, blut- und albuminhaltigen, stinkenden, alkalischen Urins entleert. Der Katheter brauchte nicht abnorm weit eingeführt zu werden; er wurde liegen gelassen.

Den zweiten Tag: Puls 96, unregelmäßig. Temperatur abends 37,7° — morgens 37,5°. 800 ccm nichtblutiger Urin sind seit gestern Mittag entleert. Pat. hat zwei Anfälle von heftigen Magenschmerzen gehabt und hat sich mehrmals erbrochen. Kein Abgang von Winden.

Den dritten Tag: Puls 76 resp. 84. Temperatur 37,7—37,4°. 1050 ccm saurer, beinahe klarer Urin ohne Albumin sind entleert. Pat. hat eine relativ ruhige Nacht gehabt. Kein Erbrechen. Der Leib ist mehr aufgetrieben, zeigt aber nur etwas Druckempfindlichkeit in den Fossae iliacae. Die Leberdämpfung ist verkleinert und beginnt schon an der vierten und fünften Rippe. Ein Wasserklystier hat

kein Resultat. Der Katheter wurde entfernt, da er Schmerzen hervorrief. Abends klagte Pat. über Schmerzen in den Fossae iliacae, konnte nicht spontan urinieren. Nach der künstlichen Entleerung von 250 ccm klaren und sauren Urins mehrstündige heftige Schmerzen in der Blasengegend, die das Einlegen des Verweilkatheters unmöglich machten. Temperatur 37,5°. Puls 100.

Den vierten Tag: Temperatur 37,3°. Puls 116. Pat. hatte die Nacht durch drei heftige Schmerzanfälle gehabt und bei dem letzten spontan 20—30 ccm unklaren, sauren, nicht blutigen Urin entleert. Kein Erbrechen. Kein Abgang von Winden. Bauch stark aufgetrieben. Keine Dämpfung oder Infiltration.

Da erwiesen war, daß die Blase 250 ccm Urin behalten konnte (cf. dritten Tag abends), wurde cystoskopiert. Die Blase wurde ohne nachfolgende Schmerzen mit 200 ccm Flüssigkeit gefüllt. Im Blasenscheitel erschien eine ca. 3 cm lange und 1 cm breite Wunde, in der ein Fibrinfetzen flottierte. Sofort Laparotomie. Es prolabierte eine meteoristisch aufgetriebene, injizierte und etwas fibrinbelegte Dünndarmschlinge, die unten mit der Blase und dem Peritoneum parietale verklebt war. Beim Auslösen zeigte die über 1/2 m lange Schlinge sich dreimal geknickt. Der Darm wurde vom Fibrin gereinigt. Sonst keine Peritonitis. Die Blasenruptur war S-förmig, 12 cm lang; die Wundränder waren sehr zerfetzt; 3/4 der Wunde lag intraperitoneal, 1/4 extraperitoneal. Die Wunde wurde mit 22 Katgutknopfsuturen genäht, darüber eine fortlaufende Serosakatgutnaht gelegt. Peritonealdrainage, Verweilkathetheter. 8 Tage nach der Operation wurde der Drain, der Katheter 19 Tage nach dem Eingriffe entfernt. 6 Wochen nach der Operation wurde Pat. wieder cystoskopiert und dabei im Blasenscheitel eine 2 cm lange Narbe gefunden; auf beiden Seiten war die Schleimhaut gerunzelt.

Verf. referiert die allgemeinen Symptome bei Blasenruptur, wovon in dem obengenannten Falle viele fehlten. Er bespricht die Ätiologie und macht auf die große Rolle des Füllungsgrades der Blase bei direkten und indirekten Gewalteinwirkungen aufmerksam und zitiert dabei einen Fall, wo der Leib eines Pat. oberhalb der Symphysis pubis zwischen den Puffern zweier Eisenbahnwagen heftig zusammengepreßt wurde, wonach nur eine intraperitoneale Hämorrhagie entstand. Dieser Pat. hatte eine Stunde vor dem Unfall uriniert.

Ist die Blase prall gefüllt, so genügt eine geringe Gewalt, sie zu sprengen.

Verf. empfiehlt operativen Eingriff so frühzeitig wie möglich.

Wislöff (Christiania).

32) N. Posadas. Sur un cas de pilimiction.

(Revista de la soc. med. Argentina 1902. Nr. 57.)

Unter Pilimiktion versteht man die sehr seltene Trichiasis urinaria. Verf. unterscheidet zwei Formen, die accidentelle und die wirkliche. Erstere besteht dann, wenn die dem Harn beigemischten Haare vorher artifiziell in die Harnröhre eingeführt worden waren. Die wirkliche Form dagegen besteht, wenn die Haare aus dem Innern des Urogenitaltraktus stammen. Sie rühren in diesem Falle meist aus Dermoidcysten her, die sich in die Blase selbst eröffnet haben, oder die, in der Nachbarschaft der Blase befindlich, mit dieser durch einen Fistelgang verbunden sind. Man könnte sie demnach in Trichiasis urinaria und para-urinaria scheiden. Der erste Fall einer wirklichen Trichiasis urinaria wurde von Delpech im Jahre 1828 beobachtet. Der Fall des Verf. verlief in folgender Weise:

59jähriger Ackerbauer. Mit Ausnahme einer Gonorrhoe keine früheren Krankheiten. Der Vater starb nach einer Blasensteinoperation. Die jetzige Erkrankung begann vor einem Jahre. Pat. hatte Schmerzen während des Urinierens, die die Blasengegend und den ganzen Unterleib betrafen. Bald trat heftiger Urindrang auf, der den Kranken fast nicht 5 Minuten während Tag und Nacht verließ. Der Urin selber war trüb. Die Ärzte stellten Blasensteine fest und operierten (Lithotripsie). Nach der Operation trat eine 24stündige Blutung ein. Nach seiner Entlassung aus dem Krankenhause machte sich Pat. selber zu Hause Blasenspülungen mit Arg. nitr. Im Anschluß hieran traten neue heftige Beschwerden auf, wegen deren er nun den Verf. konsultierte. Es wurden zunächst alle Symptome einer bestehenden Cystitis festgestellt und diese auf die selbstausgeführten Spülungen

der Blase zurückgeführt. Es wurden weiter Spülungen mit 1‰iger Arg. nitr.-Lösung gemacht. Nach den Spülungen war das erste Urinlassen sehr schmerzhaft und enthielt immer eine weiße, fettartig aussehende, zusammenhängende Masse, der aber zunächst keine Beachtung beigelegt wurde. Eines Tages aber wurden in dem Urin hellblonde Haare von 0,6 cm Länge in größerer Anzahl entdeckt. Als der Kranke bemerkte, daß diesem Umstande von Seiten der Ärzte ein großes Interesse entgegengebracht wurde, erzählte er, daß bald nach der Blasenoperation eine große Menge derartiger Haare abgegangen sei, daß er dabei heftigste Schmerzen gehabt habe, und daß die Haare sehr schlecht gerochen hätten. Er habe geglaubt, »es seien, als er vor der Operation an den Genitalien rasiert wurde, durch irgend eine Unvorsichtigkeit jene Haare mit einem Instrumente in die Harnröhre gestoßen worden«. Es wurde nunmehr die Diagnose auf Dermoid der Blasenwand gestellt, und die Cystoskopie vorgenommen. Der Befund war dieser: Blasenschleimhaut an verschiedenen Stellen stark injiziert, besonders in der linken Hälfte. In dieser bemerkt man eine Hervorragung der Blasenwand, die den Eindruck macht, als habe ein Körper sich zwischen Schleimhaut und Muskularis eingeschoben. Die Größe dieses Körpers ist als die eines mittelgroßen Hühnereies anzunehmen. Bei weiterer Verfolgung des Bildes auf die obere Blasenwand bemerkt man ungefähr 1 cm von der Mittellinie entfernt eine sehr deutliche trichterförmige Einziehung, in deren Tiefe ein schwarzer Punkt sich befindet. Es handelte sich demnach aller Wahrscheinlichkeit nach um eine Dermoidcyste in der Blasenwand, die durch eine Fistel in der Wand in das Blaseninnere mündete. Eine Katheterisation der Fistelöffnung war nicht möglich, da der Zustand des Pat. bedrohlich wurde. Die Behandlung hatte nun, da eine Operation vorläufig nicht bewilligt worden ist, die Aufgabe, die großen Schmerzen zu lindern. P. gab zu diesem Zwecke innerlich Terpentin in größerer Menge. Dies hatte den auffallenden Erfolg, daß alle Symptome, wie Schmerz, Harndrang, Brennen etc., alsbald sistierten und auch keine weiteren Haare eliminiert wurden. Sobald aber das Mittel kurze Zeit nicht genommen wurde, waren alle Beschwerden auch wieder vorhanden. Verf. nimmt nun an, daß der das Terpentin enthaltende und infolgedessen schwerere Urin durch die Fistelöffnung in die Cyste eindringt, sich mit deren Inhalt vermischt, ihn dann auflöst und in dieser gelösten Form nach außen befördert. Zum Schlusse gibt Verf. noch der Meinung Ausdruck, daß die bei der früher stattgehabten Lithotripsie entfernten Blasensteine möglicherweise der Dermoidcyste entstammende Zahnrudimente gewesen seien.

Stein (Wiesbaden).

33) **Elliesen.** Ein Fall von Verdoppelung eines Ureters mit cystenartiger Vorwölbung des einen derselben in die Blase.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Bei einem 26jährigen, unter den Erscheinungen schwerster Cystitis zugrunde gegangenen jungen Manne fand sich bei der Sektion eine Verdoppelung des rechten Harnleiters, eine cystenartige Vorstülpung des einen derselben ohne Mündung in die Harnblase und eine Pyonephrose dieser Seite. Die Mißbildung des rechten Harnleiters faßt Verf. als die Folge einer doppelten Ausstülpung der Harnleiteranlage aus dem Wolff'schen Gange und des Ausbleibens der Öffnung des einen Harnleiters in die ursprüngliche Kloake auf.

Den Untergang der rechten Niere trotz der Durchgängigkeit des einen der beiden Harnleiter erklärt Verf. so, daß einmal das prall gespannte und ampullenförmig in die Blasenlichtung vorgetriebene Ende des blinden Harnleiters die nahe gelegene Mündung des anderen Harnleiters verlegte, sodann durch Zersetzung des im abgeschlossenen Harnleiter stagnierenden Urins eine Entzündung hervorgerufen wurde, welche bald auf das Nierenbecken und die Niere übergreifen mußte.

Blauel (Tübingen).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 25. Sonnabend, den 20. Juni. 1903.

Einseitige Ausschaltung des Duodenum bei perforierender Geschwürsbildung an der hinteren Wand des absteigenden Duodenalastes.

(Zu Dr. A. A. Berg's Artikel in Nr. 21 dieses Blattes 1903.)

Von

Dr. **M. v. Čačković** in Zagreb (Agram) in Kroatien.

Dr. A. A. Berg-New York empfiehlt in Nr. 21 dieses Zentralblattes 1903, bei perforierender Geschwürsbildung an der hinteren

Wand des absteigenden Duodenum »eine Gastrojejunostomie zu etablieren und den Pylorus durch eine Tabaksbeutelnaht abzuschnüren. Auf diese Weise werde das perforierte Duodenum vom Darmkanal einseitig ausgeschieden und damit das Austreten von Chymus durch die Duodenalfistel verhindert ..... Die Öffnung im Duodenum kommt nun, da das Durchsickern aufhört, durch Granulation schlechterdings zum Verschluß«.

In meiner Arbeit »Über Fisteln des Duodenum«, Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXIX Hft. 3, habe ich bereits dieses Verfahren in Vorschlag gebracht, was aus folgenden, hier wörtlich wiedergegebenen Ausführungen zu ersehen ist: »In der Behandlung der Fisteln des Duodenum kommt in Betracht die Duodenorrhaphie, die Gastroenterostomie und die Jejunostomie ..... Die Gastroenterostomie kann in einem solchen Falle gewissermaßen auch als radikale Operation aufgefaßt werden, besonders wenn auch der Pylorus verschlossen wird, da hiermit die Duodenalfistel ausgeschaltet und in solche Verhältnisse gesetzt wird, daß sie eventuell auch von selbst ausheilen kann. Wird neben der Gastroenterostomie nicht auch der Pylorus verschlossen, so könnte es geschehen, daß die Nahrung aus dem Magen nicht durch die Gastroenterostomie in den Darm, sondern durch den Pylorus zur Fistel geht. Der durch die Gastroenterostomie gesetzte Zustand ist als dauernd anzusehen und sie hat auch den Vorteil, daß sie die eventuelle Stenose des Duodenum umgeht, die sich an der Stelle der Fistel wohl bilden wird«.

In obiger Arbeit habe ich mich nicht über die Operationsmethoden verbreitet, wie auch kein Verfahren zum Verschluß des Pylorus angegeben. Die Tabaksbeutelnaht zu diesem Zwecke habe ich jedoch schon viel früher an einem anderen Orte vorgeschlagen. In der Sitzung der Gesellschaft der Ärzte der Königreiche Kroatien und Slavonien in Zagreb vom 18. Juli 1902 berichtete ich über »einen Fall von hartnäckigem Reflux nach Gastroenterostomie«, in dem T. Wikerhauser auf meinen Vorschlag die Occlusion des Pylorus in folgender Weise vornahm, »daß durch die Seromuskularis eine fortlaufende Naht durchgeführt und dieselbe soweit zusammengezogen wurde, daß das Lumen ganz verengt war«. Es wurde bei dieser Gelegenheit auch der zuführende Darmschenkel zwischen Gastroenterostomieöffnung und der ($4^1/_2$ Monate vor dem Pylorusverschluß) wegen Circulus vitiosus ausgeführten Enteroanastomose des Jejunum auf gleiche Weise verschlossen. Der Kranke starb $1^1/_2$ Monate nach der dritten Operation, und es wurde bei der Sektion das Lumen des Anfangsteiles des Duodenum (in dieses kam die Naht für den Pylorusverschluß zu liegen) »für eine dicke Sonde durchgängig gefunden«. »Die Occlussion des zuführenden Schenkels ist vollkommen, man findet kein Lumen«. Ich führe dies auch an, um zu zeigen, daß wir in der Konstriktion durch Tabaksbeutelnaht ein durch Sektion kontrolliertes, einfaches und ungefährliches, sicheres und rasch ausführbares Verfahren zum vollkommenen Verschluß des Darmlumens haben.

---

1) **E. Payr.** Carl Nicoladoni †. Ein Nekrolog.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 1.)

P. widmet seinem am 3. Dezember 1902 zu früh unserer Wissenschaft entrissenen Lehrer einen von Dank und Verehrung erfüllten Nachruf. Er gibt neben kurzen biographischen Notizen eine Schilderung des vortrefflichen Charakters und eine Würdigung der wissenschaftlichen Bedeutung des Verstorbenen. Das Portrait sowie ein Verzeichnis der Arbeiten N.'s ist beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **T. Tuffier** et **P. Desfosses.** Petite chirurgie pratique.

Paris, C. Naud, 1903. 524 S.

Zweck des Buches ist, den Studierenden in gedrängter Kürze einen Überblick über die kleine Chirurgie zu geben. Es fehlen absichtlich fast alle längeren theoretischen Auseinandersetzungen, sowie die Angaben heut nicht mehr bräuchlicher Methoden. Ausführlich und mit zahlreichen praktischen Winken versehen ist das 1. Kapitel, »die Pflege des Kranken«. Hier werden die Reinigung des Kranken, die künstliche Ernährung, Katheterismus etc. anschaulich beschrieben und vor allem auch die Fehler, die man vermeiden soll, angegeben.

Daß T. lange bei der Narkose verweilt und hier die Cocainisierung des Rückenmarks allen anderen Methoden als gleichwertig an die Seite stellt, ist begreiflich. Der Name Bier findet keine Erwähnung.

Es will indes scheinen, daß T. heute in der Beurteilung der Ungefährlichkeit der Rückenmarksanästhesierung etwas zurückhaltender geworden ist. P. 287 empfiehlt er gegen die accidents foudroyants presque toujours mortels, qu'on a signalés .... vor allem die künstliche Atmung. Im letzten Kapitel wird die Pockenimpfung, Behandlung der Diphtherie und das Verhalten bei Hunde- und Schlangenbissen beschrieben.

Coste (Straßburg i/E.).

---

3) **W. Merkens.** Zur Krebsfrage. — Nach Beobachtungen an Mammatumoren.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 101.)

M. läßt sich auf Grund eigener Untersuchungen, die er als Assistenzarzt von Geh.-Rat Sonnenburg sowohl am normalen Brustdrüsengewebe wie an Brustgeschwülsten vorgenommen hat, allgemein über die Krebsfrage aus. M. kommt dabei zu originellen und, wie dem Ref. scheint, etwas befremdlichen, kaum genügend erwiesenen oder auch nur erweisbaren Anschauungen. »Im Anfang ihrer Entstehung ist jede Geschwulst mikroskopisch von gleichem resp. ähnlichem Bau wie das Muttergewebe und klinisch gutartig. Die weitere Entwicklung geschieht in der Weise, daß verschiedene ineinander übergehende Stadien durchgemacht werden, wobei die

Differenz gegenüber dem Muttergewebe immer mehr zutage tritt. Schließlich entstehen Geschwülste vom Bau der Karzinome und Sarkome, die klinisch durch destruierendes Wachstum und Metastasenbildung ihren bösartigen Charakter zu erkennen geben.« Danach geht, wie M. behauptet, eine Geschwulstform in die andere über. Man kann nicht sagen, wo das Adenom aufhört und das Karzinom beginnt, vielmehr ist ersteres die Jugendform des letzteren. Überhaupt kann M. einen prinzipiellen Unterschied zwischen gutartigen und bösartigen Geschwülsten, soweit ihre Bildung in Betracht kommt, nicht anerkennen. Der Entwicklungsvorgang ist durchaus derselbe, nur das Stadium der Entwicklung ist ein verschiedenes. In praktischer Beziehung aber hält M. nur das Fibroadenoma (Schimmelbusch) für gutartig, alle übrigen epithelialen Neubildungen der Brustdrüse krebsverdächtig, so daß sie mit Amputatio mammae zu behandeln seien. Eine Kontagiosität des Krebses will M. kategorisch verneinen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **Boas.** Über Karzinom und Diabetes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. p. 243.)

Bei dem gleichzeitigen Vorkommen von Karzinom und Diabetes ist es für den Chirurgen nicht weniger wichtig als für den Internen, über den Verlauf beider Erkrankungen und ihre gegenseitige Beeinflussung unterrichtet zu sein. Verf. hat deshalb vorwiegend auf Grund eigener Beobachtungen den Karzinomdiabetes einer genaueren Besprechung unterzogen. Er fand unter 366 Fällen von Intestinalkarzinomen 12 Fälle von Karzinom und Diabetes; allerdings war nur fünfmal der Diabetes zur Zeit der Beobachtung noch manifest. Für den Verlauf des Karzinoms ist dieser Umstand von Wichtigkeit, da es sich herausgestellt hat, daß es wesentlich darauf ankommt, ob das Karzinom auf einen floriden Diabetes stößt oder auf einen erloschenen bezw. im Erlöschen begriffenen. Im ersteren Falle ist der Verlauf des Karzinoms meist ein rapider, im letzteren entwickelt sich das Karzinom anscheinend viel weniger progressiv als gewöhnlich.

Die Neigung des Karzinoms selbst, Glykosurie oder Diabetes hervorzurufen, ist gewiß äußerst gering; selbst bei Karzinomen des Pankreas wird echter Diabetes selten beobachtet. Allemal ist er das primäre, das Karzinom das sekundäre Leiden. Zwei Kategorien von Fällen kann man unterscheiden: bei der einen setzt mit der Bildung des Karzinoms eine ganz überraschende, sonst schwer in dieser Reinheit zu beobachtende Toleranz gegen Kohlehydrate ein, bei der anderen bleibt bis zum Ende der Diabetes bestehen. Es wirkt also in einzelnen Fällen das Karzinom direkt als Antagonist, während der Diabetes in anderen davon ganz unbeeinflußt bleibt.

Hinsichtlich der Indikation zur Operation nimmt Verf. folgende Stellung ein: Bei Diabetikern ist selbst eine harmlose Operation mit großen Gefahren verbunden; trotzdem soll man in Fällen, in

welchen die Möglichkeit eines Radikaleingriffes vorliegt, zur Operation raten, wenn der Kräftezustand ein ausreichender ist und andere Komplikationen es nicht verbieten.

Zu berücksichtigen ist, daß selbst ein bereits erloschener Diabetes gefährlich werden kann, daß ein bis dahin latenter Diabetes unter dem Einflusse einer unter Umständen einfachen und kurzen Operation nicht bloß wieder zutage treten, sondern die schwersten Grade annehmen und durch Koma den Tod herbeiführen kann.

Kranke mit manifestem Diabetes soll man erst entzuckern und lieber auf die Operation ganz verzichten, als unter Bedingungen operieren, die einen ungünstigen Verlauf mit großer Wahrscheinlichkeit voraussehen lassen. Die Operationsprognose bei Diabetes mit Acetonämie muß ganz schlecht gestellt werden.

Langemak (Rostock).

---

5) **M. v. Brunn.** Über den primären Krebs der Extremitäten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. verwertete für seine umfangreiche und eingehende statistische Besprechung des primären Extremitätenkrebses 46 Fälle der v. B.'schen Klinik, darunter 20 bisher nicht veröffentlichte, ferner 99 Beobachtungen aus der Literatur, welche bisher bei Zusammenstellungen noch keine Berücksichtigung fanden und die 223 Fälle aus der Monographie von Rudolf Volkmann aus dem Jahre 1890, also insgesamt ein Material von 368 Einzelbeobachtungen. Besonders eingehend werden die neuen Fälle aus der Tübinger Klinik besprochen, welche durch genaue klinische Beobachtung und histologische Sicherstellung der Diagnose, sowie durch die über viele Jahre hinaus sich erstreckende Kontrolle der Pat. besonders wertvoll für die Bearbeitung des Krankheitsbildes waren.

Das Ergebnis der Untersuchungen war, daß das Karzinom der Extremitäten bei Männern häufiger die untere Extremität, bei Frauen auffallend häufig die obere Extremität befällt. Das meistens auf chronisch entzündlich verändertem Boden, seltener im Anschluß an einmalige Traumen entstehende Karzinom bildet sich in der Regel erst viele Jahre nach dem Beginn der primären Hautveränderung aus. Durchschnittlich verstreicht um so längere Zeit bis zur Karzinomentwicklung, in je jüngeren Jahren die primäre Hautveränderung einsetzte und umgekehrt. Die Prognose des Extremitätenkarzinoms ist eine verhältnismäßig gute; mehr als $^1/_3$ werden durch die Operation dauernd geheilt. **Blauel** (Tübingen).

---

6) **J. Mouchotte.** Hémimélie et amputation congénitale.

(Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris 1903. Nr. 8.)

In der vorliegenden Abhandlung, der M. drei einschlägige Beobachtungen — über zwei Hemimelien und eine angeborene Amputa-

tion — zugrunde legt, kommt Verf. zum Schlusse, daß es sehr wohl möglich sei, mittels Skiagraphie diese beide Arten intra-uteriner Verstümmelung auseinanderzuhalten. Die Hemimelie beruhe auf Entwicklungshemmung; die Finger (Zehen) seien oft nur als kleine fibröse Anhänge kenntlich, zeigten jedoch vorzügliches Tast- und Empfindungsvermögen in allen Qualitäten, mitunter Beweglichkeit. Obgleich ihnen jede Andeutung von Knochen fehlen kann, so ist andererseits im Röntgenbild keinerlei plötzliche Absetzung der angrenzenden Knochenpartien zu erkennen, die vielmehr unmerklich als fibröse Ausläufer in die Anhangsgebilde übergehen. Zudem fehlt jede Andeutung von Narbe, wie man sie als Zeichen intra-uteriner Amputation durch Stränge des Amnios oder Nabelschnurumschlingung fordern muß und findet. Für die Entstehung der Entwicklungshemmung in diesen Fällen vermag M. keine Aufklärung zu geben. Syphilis, durch welche vielleicht eine Atrophie bestimmter Zellgruppen des fötalen Rückenmarks hätte bedingt sein können — Fall Gasne —, fehlt; er bleibt vorläufig auf den Druck des fehlerhaft entwickelten Amnios angewiesen.

Christel (Metz).

---

7) **Painter** and **Erving.** Lipoma arborescens.

(Boston med. and surg. journ. 1903. März 19.)

Sehr ausführliche Mitteilung von 7 Fällen. Verff. finden durch ihre Beobachtungen an diesen die Behauptungen Stieda's bestätigt daß: 1) Lipoma arborescens bei vielen chronischen Gelenkaffektionen vorkommt, 2) kein Lipom im eigentlichen Sinne (Neubildung), sondern Hypertrophie vorhandenen Gewebes ist, 3) veranlaßt wird durch chronische Entzündungen, manchmal durch Tuberkulose oder Arthritis deformans, 4) seinem pathologisch-anatomischen Aufbau nach eine Hyperplasie und fettige Entartung der Synovialzotten darstellt und histologisch das Bild chronisch entzündlichen Gewebes bietet, 5) am uneröffneten Gelenk die Diagnose unsicher, 6) die Prognose ohne Eingriff in Bezug auf Ausheilung und Gebrauchsfähigkeit ungünstig ist, 7) die Behandlung in Arthrektomie, bei gleichzeitiger Tuberkulose in Resektion zu bestehen hat.

Trapp (Bückeburg).

---

8) **R. Kienböck.** Über Knochenveränderungen bei gonorrhoischer Arthritis und akute Knochenatrophie überhaupt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 3 u. 4.)

Unter Zuhilfenahme pathologisch-anatomischer und mikroskopischer Studien gibt K. seine Anschauungen über das Wesen der akuten Knochenatrophie wieder, die durch einzelne Reproduktionen vorzüglicher Aufnahmen von erkrankten Handskeletten (für derartige Studien besonders geeignet) klar veranschaulicht werden.

Bei Verletzungen und Entzündungsprozessen an Extremitäten, sowohl bei Erkrankungen des Knochens (Frakturen, Osteomyelitis,

Gelenkstuberkulose) als auch der Weichteile (Kontusion, phlegmonöse Eiterung), seltener bei bösartigen Geschwülsten kann eine Veränderung am Skelett der Extremität auftreten, die gewöhnlich als »Inaktivitätsatrophie« des Knochens bezeichnet wird, besser aber als »akute Knochenatrophie« zu bezeichnen ist. Diese Erscheinung tritt ganz besonders auch bei schwerer gonorrhoisch-metastatischer Arthritis auf. Indessen kann man sie auch bei Verletzungen und akuten Erkrankungen des Nervensystems beobachten, sowohl peripheren (neurotische Knochenatrophie) wie zentralen Ursprungs (spinale Knochenatrophie). Meist ist es nur durch Skiagramm möglich, den Nachweis ihres Bestehens zu erbringen.

Pathogenetisch steht die akute Knochenatrophie in einer Reihe mit anderen trophischen Veränderungen, z. B. Muskelatrophie, Veränderungen der Gelenkkapsel, Rissigwerden der Nägel etc. Ihr Beginn ist zuweilen schon 4, 6 oder 8 Wochen nach Auftreten der Ursache zu konstatieren. Die dem primären Entzündungsherde benachbarten Skeletteile werden zuerst affiziert, dann erst die entfernteren, und zwar zunächst nur an den Spongiosen (Spongiosenatrophie, Gelenksatrophie): Aufhellung des Schattens mit Verschwommenheit der Kontur- und Strukturstriche, anfangs herdweise, d. h. fleckig, scheckig auftretend; erst später wird die verschwommene Aufhellung des Knochenschattens diffus, und das Strukturbild verschwindet fast völlig.

Aus dem skiagraphischen Befund ergibt sich schon, daß es sich um bedeutende Resorption der Kalksalze im Knochen handelt; bei der Sektion erweist sich der befallene Knochen weich, leicht zusammendrückbar und schneidbar, auch das Mark ist nicht mehr normal (Hyperämie); doch ist die äußere Gestalt des Knochens nur wenig verändert (»exzentrische Atrophie«). Mikroskopisch findet sich der Knochen hochgradig rarefiziert und halisteretisch.

Bei rascher Heilung des primären Erkrankungsherdes dauert die Erweichung der Knochenspongiosa nur einige Wochen, skiagraphisch findet man bald völlige Wiederherstellung.

Andernfalls schreitet der Prozeß weiter fort, das Spongiosagerüst wird noch weitmaschiger, auch die Diaphysencorticalis wird ergriffen (helleres und aufgefasertes Aussehen im Röntgenbild). Schließlich kann der Bandapparat erschlaffen, der Knochen deformiert, der Knorpel usuriert werden (Annäherung der Knochenschatten aneinander im Bilde) und es kann sich ein Zustand wie bei Osteoarthritis deformans mit Bewegungseinschränkung, Schmerzen, Krepitation ausbilden, dem die Exkreszenzen aus Knorpel und Knochen an Synovialis und Gelenksfläche nicht zu fehlen brauchen.

Anders verhalten sich die Dinge in einem schwer entzündlich, z. B. gonorrhoisch erkrankten Gelenke selbst. Hier sieht man z. B. an der Hand die verschwommene Schattenaufhellung an den Gelenksoberflächen der Karpalknochen beginnen, dann erst gegen das Innere der Spongiosa fortschreiten und bald mit einer völligen De-

struktion der Knorpelüberzüge einhergehen. Schließlich läßt sich Synostose der destruierten Gelenkteile, eine zusammenhängende Spongiosamasse erkennen.

Wenn dagegen der primäre Herd erst nach längerem Bestande ausheilt, so wird der Knochenschatten wieder dunkler — ohne seine normale Sättigung wieder zu erreichen —, es tritt eine neue, scharfe Spongiosazeichnung, wenn auch viel weitmaschiger auf, mitunter ist auch fast nur die Rindensubstanz als schärferer Konturstrich hervorgetreten.

Besteht an einer Extremität keine Entzündung, sondern ausschließlich Immobilität, dann tritt am Skelett keine akute Knochenatrophie auf.

Werden von der primären Erkrankung jugendliche Individuen befallen, so treten noch Wachstumsstörungen hinzu: langsames resp. nicht ausreichendes Längenwachstum, Zurückbleiben des Dickenwachstums des betr. Extremitätenkochens, Groß- aber Porotischwerden der spongiösen Gelenkenden.

Die Pathogenese der in Rede stehenden Erkrankung ist gleich jener der übrigen begleitenden trophischen Störungen noch nicht genügend aufgeklärt. Es scheinen als Vorboten fast immer zunächst Circulationsstörungen aufzutreten, wobei Vorgänge im Nervensystem, vielleicht reflektorische, eine wichtige Rolle spielen dürften.

Radiologisch-differentialdiagnostisch kommen beim malakischen Stadium der sekundären akuten Knochenatrophie in Betracht: Ostitis (bes. eitrige), Tuberkulose, Syphilis, Neubildung etc.

Hübener (Dresden).

---

9) **E. Merrins.** The aetiological significance of Heberden's nodes.

(New York. med. journ. 1903. Februar 14.)

Verf. berichtet über 27 Fälle von Auftreten von »Heberden's Knoten«. Dieselben stellen osteophytische Verbreiterungen der Köpfchen der Phalangen dar und befallen meist die zweite und dritte Phalangenreihe; die krankhaften Veränderungen in den anliegenden Gelenken sind meist nicht von denen bei einer Osteoarthritis zu unterscheiden und erweisen sich als eine Protrusion der Synovialmembran. Heberden hat diese Erkrankung schon im Jahre 1804 beschrieben. Bezüglich der Entstehung kommen Gicht, Autointoxikation, Alter, rheumatoide Arthritis etc. hauptsächlich in Betracht; die Heberden'schen Knoten sollen nicht mit Gichtknoten identisch sein; denn unter den 27 Fällen von M. sind nur zwei, die außerdem Gicht hatten; auch soll Gicht in Amerika sehr viel seltener als bei uns vorkommen; dagegen ist Osteoarthritis bei 19 Fällen zu konstatieren gewesen. Wichtig ist, daß die Erscheinungen fast ausschließlich (24mal) beim weiblichen Geschlecht auftraten, das durch die stärkere Inanspruchnahme der Fingergelenke beim Nähen etc. stärker disponiert erscheint; auch die drei Männer gehörten feineren

Berufsklassen an. Jedenfalls spielen auch vasomotorische Störungen eine Rolle. **Scheuer** (Berlin).

---

10) **M. Silbermark.** Zur Technik bei der Plombierung von Knochenhöhlen mittels der Jodoformknochenplombe.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 589.)

11) **N. Damianos.** Beiträge zur operativen Radikalbehandlung der Kniegelenkstuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Anwendung der Jodoformplombe nach v. Mosetig.
(Ibid. Bd. LXVIII. p. 50.)

Beide Arbeiten interessieren durch ihre Mitteilungen über die v. Mosetig'sche Knochenplombierungen. Die Masse für dieselbe besteht aus Jodoform 60,0 und Spermazet nebst Sesamöl āā 40,0 Gewichtsteilen. Das Gemenge, bei gewöhnlicher Temperatur starr, beim Erwärmen sich verflüssigend, wird in die zu füllenden Knochenlücken hineingegossen. S. beschreibt zunächst einen eigens zur Asservierung der Plombenmasse konstruierten Behälter. Er besteht aus einem cylindrischen Doppelgefäß — ein Cylinder steckt beweglich in einem anderen, der innere enthält die Plombenmasse, beim Hantieren ist auf diese Weise die Sterilität des inneren Gefäßes mehr gesichert. Zum Ausschneiden der Knochenhöhlen (Sequesterladen, käsige Herde etc.) diente früher Hammer und Meißel. Jetzt ist in der v. Mosetig'schen Klinik eine elektromotorisch betriebene Kreissäge nach eigenen Angaben S.'s im Gebrauch. Die Hülse für den Bohrschlauch nebst rotierender Achse der Kreissäge ist mit einem derben, spitzwinklig angefügten Handgriff für die zweite Hand des Operateurs versehen, während die erste die Hülse hält, wodurch eine sehr sichere Sägenführung gewährleistet ist. Schließlich beschreibt S. noch einen neukonstruierten Heißlufttrockner, der zur Austrocknung der fertiggestellten Knochenhöhlen gebraucht wird. Diese Austrocknung ist, zugleich jede Blutung stillend, unerläßliche Vorbedingung für die genaue Sichanschmiegung der Plombe an die Knochenwände. Der Brenner ist analog dem von Holländer u. a. angegebenen konstruiert (ein Luftstrom streicht über einen elektrisch glühenden Platindraht), ist aber für seine Spezialzwecke dadurch eigens adaptiert, daß an seinem Endstücke verschiedentliche Kappen, bald kuglige, bald spitze aufgesetzt werden können, damit man alle Winkel und Nischen der Höhle mit der heißen Luft beblasen kann.

In der Arbeit von D. ist die Art und Weise besprochen, wie die Einheilung der Jodoformplomben in die Knochen stattfindet. Die in die Höhle gegossene und diese völlig ausfüllende Masse erstarrt etwa binnen einer Minute. Ihr weiteres Verhalten im Körper ist, da sie im Röntgenbild infolge ihres Jodoformgehaltes einen Schatten gibt, skiagraphisch weiter verfolgbar. Sie wird mit der Zeit kleiner und kleiner, um endlich spurlos zu verschwinden. Jedenfalls

wird sie durch die Granulation allmählich aufgezehrt und schließlich durch Narben- oder Knochengewebe ersetzt. Mehrere beigegebene Röntgenaufnahmen resezierter Knie belegen diese Beschreibung. D. teilt tabellarisch 22 Knieresektionen mit, in denen Jodoformplomben angewendet sind. In 9 Fällen konnte eine Nachuntersuchung in späterer Zeit stattfinden, wobei 6mal dauernde Ausheilung konstatiert ist.

Im übrigen tritt D.'s Arbeit auf Grund des einschlägigen reichhaltigen Materiales v. Mosetig's nachdrücklich für operative Behandlung der tuberkulösen Gonitis mit Arthrektomie, sei es synovialer oder ossaler Methode, ein gegenüber der in neuerer Zeit vielleicht allzu sehr in den Vordergrund gestellten konserativen Behandlung. Näher hierauf einzugehen wird hier verzichtet, da im wesentlichen die von v. Mosetig geübte Resektionstechnik sich kaum von der jedem Chirurgen geläufigen unterscheidet. Die Resultate waren befriedigend, und ist nur noch hinzuzufügen, daß die neueste Literatur über Knietuberkulose (von 1894—1902) in der Arbeit berücksichtigt und zum Schluß in einem 50 Nummern zählenden Verzeichnis zusammengestellt ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

12) P. Herzen. Über laterale Luxationen im Ellbogengelenk.

(Chirurgie 1903. März. p. 289. [Russisch.])

Genaue Messungen zeigten dem Verf., daß hinten der laterale Rand der Trochlea höher ist, als der mediale, vorn umgekehrt; die laterale Hälfte der Rolle ist hinten breiter, vorn schmäler als die mediale. Bei Flexion des Vorderarmes umfaßt die mediale Hälfte der Incisura semilunaris fest die mediale Hälfte der Trochlea, die laterale Hälfte der Incisur steht 4 mm außerhalb der Trochlea. Hingegen umfaßt bei Extension die laterale Hälfte der Incisur den lateralen Teil der Rolle, die mediale Hälfte steht 4 mm außerhalb der Trochlea. Dies ist sehr wichtig für den Mechanismus der lateralen Verrenkungen.

H. sah 2 Fälle von vollständiger lateraler Luxation. Fall 1: Mann, 41 Jahre alt, Hufschlag gegen die rechte Schulter. Condylus internus unversehrt. Leichte Einrichtung bei Extension und direktem Druck gegen den Vorderarm. Fall 2: Knabe von 15 Jahren, fiel auf den gestreckten Vorderarm. Operation nach 4 Monaten: medialer Condylus abgerissen, in der Fossa trochleae angewachsen, machte die Einrenkung unmöglich; erst nach Entfernung des Stückes gelang die Reposition. Heilung mit etwas beschränkter Beweglichkeit. Hier handelte es sich um Epiphysenabriß. In Fall 3 hatte der 25 Jahre alte Pat. eine vollständige Verrenkung nach außen. Eine schwere Kiste fiel auf den Vorderarm und drückte gleichzeitig auf den Oberarm und Kopf. Die Incisura semilunaris umfaßt die laterale Fläche des Humerus, der Ellbogenfortsatz ist nach außen gerichtet. Die Knochen des Vorderarms können am Humerus hinauf und hinab,

sowie nach vorn und nach hinten bewegt werden. Kleine Weichteilwunde an der medialen Seite. Leichte aber wenig standhafte Reposition. Am nächsten Tage Operation. Lig. mediale und Kapsel, sowie der M. brachialis int. zerrissen; Lig. laterale vom oberen Anheftungspunkt abgerissen; doch in Verbindung mit den tiefen Muskeln geblieben. Medialer Teil der Trochlea intakt. Lig. mediale und Muskeln mit Aluminiumbronze genäht. Trotz Eiterung und Fieber heilte die Wunde. Nach 3 Monaten Bewegungen zwischen 80 und 130° möglich. Nach Hoffa und Tillmanns gehört der Fall zu den Umdrehungsluxationen, was Verf. aber nicht anerkennt; letztere entsteht erst, wenn noch Rotation hinzukommt. Experimentell konnte H. leicht laterale Luxationen durch Hyperabduktion bei gewaltsamer Pronation und Flexion erzeugen, nicht aber durch Hyperextension und Supination. **Gückel** (Kondal, Saratow).

---

13) **Bardenheuer.** Ischias, ihre Behandlung mittels der Nevrinsarkoklesis, Einlagerung der Nerven in Weichteile und ihre Ursache.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 137.)

Auf der 1901er Naturforscherversammlung in Hamburg hat B. über 5 Fälle berichtet, in denen er eine hartnäckige Ischias dadurch zur Heilung gebracht hat, daß mittels einer Partialresektion des unteren Abschnittes der Synchondrosis sacroiliaca die Sakralnerven aus den sie einschließenden Sakrallöchern frei gemacht wurden, wobei der Anlaß zu diesem therapeutischen Versuche dadurch gegeben war, daß wiederholt nach Resektionen der Synchondrose wegen Tuberkulose vorher lange Zeit vorhanden gewesene ischiadische Neuralgien zum Schwinden kamen. Wir verweisen hierüber auf B.'s Selbstbericht in unserem Blatte 1901 p. 1244.

In vorliegender, breit ausgeführter Arbeit werden jene Fälle ausführlich mitgeteilt, namentlich auch hinsichts ihrer Anamnese bezw. Ätiologie, hiervon aber — und dies ist von allgemeinem wissenschaftlichem Interesse — eine sehr gründliche Betrachtung über die wahren, eigentlichen Gründe der Ischias und der Neuralgien überhaupt angeknüpft. Die interessanten und originellen Auseinandersetzungen gipfeln darin, daß in erster Linie Circulationsstörungen, und zwar venöse Hyperämie, als Ursache neuralgischer Schmerzen anzusehen seien, daß diese venöse Hyperämie aber überall dort, wo die affizierten Nerven enge und verhältnismäßig lange Knochenlöcher oder -Kanäle zu passieren haben, am ersten zustande kommen kann, und daß deshalb ein solcher Nervenverlauf durch enge Knochenlücken ätiologische Wichtigkeit hat. Des weiteren kommt für die venöse Stase die Schwerkraft in Betracht, insofern in aufrechter Stellung die Unterextremitäten und die untere Rumpfhälfte blutüberfüllter sind als die obere Körperhälfte, endlich auch traumatische

Momente im weitesten Sinne, so daß hier schon angestrengte Märsche oder Jagdpartien, Fahren auf holprigen Wegen, lange Eisenbahnfahrten, berufsmäßige Anstrengungen der Beine (z. B. bei der Schuhmacherei) etc. übler Folgen fähig sind, zumal in etwas höherem Alter, wo alle Gewebe an Elastizität einbüßen und insbesondere am Becken jede auch leichtere Körpererschütterung auf die Sakrallöcher und ihre Nerven sich wird geltend machen können. Großes Gewicht legt B. auch auf den Einfluß der vasomotorischen Nerven und der Nervi nervorum, die, bei traumatischer Beeinflussung ebenso wie bei Kompression in einem engen Knochenkanal gereizt oder auch vielleicht gelähmt, zur Erzeugung einer Hyperämie bezw. zu einer anfallsweisen Steigerung einer solchen bereits vorhandenen beitragen können. Desgleichen spricht für die Hyperämietheorie das Entstehen der Ischias durch Erkältung — Abkühlung und Anämisierung der äußeren Körperdecken, die umgekehrt Blutzustrom nach den inneren Organen zur Folge hat —, während andererseits die meisten therapeutischen Verfahren gegen das Leiden ihre Wirksamkeit einer Hyperämisierung nach außen, einer Blutableitung von innen ihre Wirksamkeit verdanken mögen, als Blasenpflaster, Jodeinpinselungen, prolongierte warme Bäder, Bettruhe, laxierendes Verfahren. Auch die Wirksamkeit der Ausmeißelung der Sakralnerven aus ihren Knochenlöchern führt deshalb B. darauf zurück, daß hiernach bessere erleichternde Verhältnisse für die Circulation in den die Nerven umhüllenden Venen geschaffen und die früher dort in manchen Fällen während der Operation nachweisbar gewesene »Hyperämie« beseitigt wurden. Alle diese Gesichtspunkte werden unter Berücksichtigung der einschlägigen anatomischen Verhältnisse des genauesten durchgesprochen und die Stichhaltung der hiermit belegten Hyperämietheorie für die Neuralgien auch an der Frequenzverteilung des Leidens auf die verschiedenen Cerebral- und Spinalnerven geprüft, wobei die bekannte Prädisposition der enge Knochenkanäle passierenden Trigeminusäste, sowie der Beinnerven im Vergleiche zu den Armnerven, ferner die Häufigkeit der Interkostalneuralgien nur hiermit gut harmonierend zu erachten sind.

Für den Praktiker sind außer den Krankengeschichten der B.'schen Fälle auch mancherlei Notizen B.'s über seine Therapie in leichteren Ischiasfällen, besonders die p. 196 zu findende Beschreibung der Operationstechnik für die »Nevrinsarkoklesis« der Hüftnerven von Interesse. Auch hat B. das der Operation zugrunde liegende Prinzip, diese »Einbettung der Nervenwurzeln in Weichteile«, auf andere Nerven übertragen und es bei einer Neuralgie des zweiten Trigeminusastes durchgeführt. Bei einem Ischiaskranken, der der Operation unterzogen wurde, wurde der interessante Befund eines gänseeigroßen Myxosarkoms des ersten Sakralnerven gemacht, welches gut exstirpiert werden konnte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

14) Müller. Über die obere Altersgrenze für die Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung.

(Therapie der Gegenwart 1903. Nr. 2.)

M. betont, daß eine Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung auch noch jenseits der bis jetzt angenommenen Altersgrenze von Erfolg gekrönt sein kann. So gelang es ihm, eine $15^1/_4$ Jahre alte Pat. mit linksseitiger Verrenkung völlig zu heilen. Auch bei zwei Pat. von 28 und 49 Jahren konnte er durch Apparatbehandlung noch erhebliche Besserung und Linderung der Beschwerden erzielen. M. schließt daraus — und darin müssen wir ihm wohl beistimmen —, daß neben der von Hoffa und Lorenz ausgebildeten Methode der Einrenkung in gewissen Fällen auch die Apparatbehandlung immer noch ihre Geltung hat. Silberberg (Breslau).

15) Hoffa. Zur Pathologie und Therapie einiger Kniegelenkserkrankungen.

(Therapie der Gegenwart 1903. Nr. 1.)

H. berichtet über drei sich sehr in ihren Symptomen gleichende Kniegelenksleiden:

1) Arthritische Muskelatrophie nach früherer Kniegelenksaffektion.
2) Dérangement interne des Kniegelenks.
3) Solitäres Lipom im Kniegelenk.

Die arthritische Muskelatrophie ist eine reflektorische, durch Reizung der Gelenknerven bedingte, nicht eine Inaktivitätsatrophie. Die Beschwerden im Knie entstehen dadurch, daß der schlaffe Quadriceps die Kniegelenkskapsel nicht gehörig spannt, so daß sich Falten derselben zwischen Kniescheibe und Femurkondylen oder zwischen Femur und Tibiakondylen einklemmen. Die Therapie besteht in Massage der Quadricepsmuskulatur. — Bei dem Dérangement interne handelt es sich um eine Meniscusabreißung; am häufigsten reißt die vordere Insertion des inneren Meniscus an der Tibia ab.

Der Befund bei dieser Affektion ist eine leichte Beugung im Kniegelenk und eine Rotation des Unterschenkels nach der dem abgerissenen Meniscus entgegengesetzten Seite. Wichtig ist auch der lokale Druckschmerz am abgerissenen Meniscus. Hinzutreten kann eine arthritische Muskelatrophie. Die Therapie ist operativ.

Die Lipome sitzen gewöhnlich an der inneren Seite des Gelenks und entwickeln sich aus dem subsynovialen Fett, vergleichbar den subperitonealen Lipomen. Als typischer Befund für ein Lipom ist aufzufassen eine Anschwellung dicht unterhalb und nach innen von der Patella, pseudofluktuierend, das Lig. patellae in die Höhe hebend, während das Gelenk sonst unversehrt ist. Auch hier ist nur eine operative Therapie wirksam. Silberberg (Breslau).

16) **König.** Kniegelenkstuberkulose. Abwartende Behandlung oder Operation.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 10.)

Zwischen den Anhängern der konservativen und der operativen Therapie der Gelenkstuberkulosen ist bisher nur insofern eine Einigung erzielt worden, als die Vertreter beider Richtungen bei Kindern ein möglichst konservatives Verfahren anwenden. K. will in der vorliegenden Arbeit den speziellen Fachgenossen und den ärztlichen Kollegen die Tatsache ins Gedächtnis rufen, daß es Knochen- und Gelenkstuberkulosen gibt, die bei Erwachsenen in vorher zu bestimmender Zeit nicht ausheilen. An der Hand eines typischen Falles von Kniegelenksfungus bei einer 24jährigen Pat., den er in Form einer klinischen Besprechung demonstriert, tritt er für die Resektion der Gelenke ein unter Hinweis darauf, daß eine konservative Behandlung, die mindestens 2—3 Jahre dauert, nicht immer zum Ziele führt, häufig mit einer Resektion oder, weil nun der Prozeß schon zu weit vorgeschritten ist, mit einer Amputation endigt. Die Heilung durch eine Operation dagegen, welche auf Erhaltung der Bewegung verzichtet, ist mit geringen Ausnahmen sicher und zeitlich begrenzt.

Bei der Ausführung der Resektion hält K. eine exakte Blutleere für sehr wichtig.

Langemak (Rostock).

---

17) **F. Hofmeister.** Über Verkrümmungen des Beines nach Kniegelenkresektion im Kindesalter.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Die von Verf. an dem Material der Tübinger chirurgischen Klinik angestellten statistischen Untersuchungen ergaben, daß sekundäre Flexionskontrakturen nach Kniegelenksresektion bei Pat., welche zur Zeit der Operation das 14. Lebensjahr überschritten haben, nicht mehr vorkommen; dagegen stellen sie im Kindesalter einen praktisch bedeutungsvollen Folgezustand der Resektion (und Arthrektomie) dar, dessen Eintritt mit um so größerer Sicherheit zu erwarten ist, je jünger das Kind zur Zeit der Operation war.

Die zur Verwertung gekommenen 107, im Alter von 3 bis 13 Jahren operierten Fälle, über welche in dem Zeitraum von 1 bis 17 Jahren nach der Operation durch Nachuntersuchungen oder schriftlichen Bericht ein Urteil gewonnen werden konnte, weisen an Geradheilungen 27,1%, an Verkrümmungen mäßigen Grades (140—160°) 28% und an schweren Verkrümmungen (130° und weniger) 44,9% auf.

Auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen mittels Röntgenstrahlen unterscheidet Verf. zwei Formen von Verkrümmungen:

1) winklige Knickungen an der Stelle der früheren Gelenkspalte und

2) bogenförmige Krümmungen des unteren Femurendes.

Der Femurepiphysentibiawinkel gibt den mathematischen Ausdruck für die Flexion an der Resektionsstelle, der Richtungswinkel der unteren Femurepiphyse (der Winkel, welchen die Epiphysenlinie mit dem oberen gerade gebliebenen Teil des Femur bildet) ist der Maßstab für die Krümmung des Femur.

Die Ursache der Krümmung an der Resektionsstelle ist in der mangelhaften Konsolidation der bindegewebigen oder knorpeligen Synostose zu suchen. Eine Erklärung für die Verkrümmung am Femurknochen sieht Verf. in der physiologischen Weichheit der Epiphysenlinienbezirke bei abnormer Beanspruchung dieser weniger resistenten Teile.

Von den Kräften, welche die Flexionsstellung herbeiführen, stellt Verf. durchaus die Zugwirkung der Beugemuskulatur in den Vordergrund. Vorbedingung für das Zustandekommen dieser Wirkung ist eine feste Verschmelzung der Gelenkenden, wodurch ein langer Hebelarm geschaffen wird, an welchem die Beugegewalten angreifen.

Therapeutisch komme bei fester knöcherner Winkelankylose an der Resektionsstelle und bei Bogenkrümmung am Schaft nur die blutige Trennung der Knochen in Betracht. Für diejenigen Fälle, wo die Flexion noch in der Hauptsache auf die Epiphysengegend lokalisiert ist und wo das Röntgenbild und das Alter des Pat. noch eine knorpelige Epiphysenfuge erwarten lassen, möchte Verf. eine traumatische Epipysenlösung durch Steigerung der Flexion empfehlen mit anschließender Durchtrennung der Beugemuskulatur. Für besonders wichtig hält Verf. aber eine prophylaktische dauernde operative Ausschaltung des Einflusses der Beugemuskulatur auf den Unterschenkel durch Verlagerung der Flexoreninsertionen an den Oberschenkel.

Für Kinder bis zum 8. Lebensjahre empfiehlt Verf. diese Operation prinzipiell im Anschluß an die Resektion auszuführen. Vom 8. Jahre an aufwärts möchte er ein zuwartendes Verfahren bevorzugen. **Blauel** (Tübingen).

---

18) **Osgood.** Lesions of the tibial tubercle occurring during adolescence.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Januar 29.)

Die Tuberositas tibiae entwickelt sich vom Epiphysenknorpel aus gewöhnlich als zungenförmige, dem Schaft vorgelagerte Spange, manchmal aus einem besonderen Knochenkern. Zur Zeit der Pubertät ist der knöcherne Teil noch durch Knorpellage vom Schaft getrennt, und die mechanischen Bedingungen: Ansatz der Sehne der stärksten Muskelgruppe des Körpers, macht ihn empfänglich für eine Trennung vom Schaft durch gewaltsame plötzliche Zusammenziehung dieser Muskeln. Da gerade in diesem Alter solche Bewegungen bei Spiel und Turnen häufig vorkommen, werden die Trennungen der

Tuberositas gerade in dieser Zeit beobachtet und auch da nur bei sonst sehr kräftigen Knaben. Es kommen einfache Lockerungen, aber auch völlige Losreißungen der ganzen Apophyse vor, letztere selten; häufiger sind Losreißungen kleiner Splitter. Die klinischen Erscheinungen bestehen in starkem Schmerz an der Stelle der Verletzung; Funktionsverminderung, selten Aufhebung; Erguß ins Kniegelenk; selten, bei völliger Losreißung, Hochstand der Kniescheibe. Bei unrichtiger Behandlung infolge falscher Diagnose besteht lange Zeit Schmerz und verminderte Gebrauchsfähigkeit; die Prognose ist gut, selbst bei unrichtiger Behandlung, nur ist sie dann in Bezug auf die Dauer schlechter. Die Behandlung besteht in Heftpflasterverbänden, später Wickelungen. — Bei Durchleuchtung sind beide Kniee aufzunehmen, und zwar sehr genau in gleicher Stellung und mit Einstellung der Röhre genau auf gleiche Punkte; auch ist daran zu denken, daß zwischen Schaft und Knochenkern stets noch Knorpellager sich befinden.

Trapp (Bückeburg).

---

19) **C. Lauenstein.** Beitrag zu der Frage der Spiralfrakturen des Unterschenkels nebst Beschreibung einer typischen Form des Spiralbruches beider Knochen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 455.)

Die Arbeit, der wir ihres interessanten Inhaltes wegen recht viele Leser wünschen, basiert auf dem reichen Frakturenmaterial des Hamburger Hafenkrankenhauses. In demselben sind vom Sommer 1900 bis November 1902 im ganzen 359 Frakturen langer Röhrenknochen und speziell 184 Unterschenkelbrüche beobachtet. Dank der jedesmal angewendeten Röntgenuntersuchung wurden hierunter im ganzen 32 Spiralfrakturen erkannt, von denen speziell auf den Unterschenkel 25 entfallen. Diese letzteren werden unter Mitteilung kurz gefaßter Krankengeschichten und von Skizzen der Röntgenbefunde genauer durchgesprochen, wobei sich folgende Gruppen ergaben: I. Spiralbruch beider Unterschenkelknochen, der Tibia unten, der Fibula oben, Fall 1—15. II. Isolierte Spiralfraktur der Tibia, Fall 16—20. III. Supramalleolarspiralfraktur beider Knochen, Fall 21—23. IV. Fraktur des Malleolus int. und Spiralfraktur der Tibia. Am interessantesten ist in allen Fällen die Untersuchung über den Mechanismus der Entstehung dieser Brüche, und in dieser Beziehung ist die erste Gruppe am durchsichtigsten.

Ohne Ausnahme verläuft nämlich ausweislich der Röntgenbilder hier die Bruchspirale am rechten Bein linksgewindig, am linken rechtsgewindig, woraus zu schließen, daß das rechte Bein stets links, das linke stets rechts torquiert, oder mit anderen Worten in jedem Falle der Fuß nach außen gedreht wurde. Die in einem Teile der Fälle leidlich sicher aufnehmbare Anamnese stimmt hiermit insofern, als vorauszusetzen ist, daß der Fuß der gebrochenen Extremität fixiert war, während der Rumpf im Momente des Fallens oder Aus-

gleitens eine Drehung nach der Seite des anderen Fußes ausführte. Durch diesen »Drehschwung« ist der Gewindeverlauf dieser Spiralfrakturen entsprechend den hier wirkenden mechanischen Gesetzen einwandsfrei erklärt. Ebenfalls hiermit stimmt, daß diese auf Grund der L.'schen Beobachtungen in der Tat als typisch anzuerkennenden Spiralfrakturen der Tibia unten und gleichzeitig der Fibula oben meist durch eine Auswärtsrotation des Fußes sich auszeichnen. Übrigens ist, um sie im Röntgenbilde zu erkennen, natürlich eine genügend große, den ganzen Unterschenkel wiedergebende Platte notwendig. Bezüglich der anderen Bruchgruppen, die mechanisch weniger eindeutig zu erläutern waren, verweisen wir auf das Original, woselbst auch die Angaben über durchschnittliche Heilungsdauer etc. ersehen werden mögen. Nur das sei noch hinzugefügt, daß ein großer Teil der Spiralbruchkranken angetrunken war, woraus L. auf eine Prädisposition der Trunkenen für diese Bruchformen schließt, und daß die Prognose der letzteren sich keineswegs als so schlecht herausgestellt hat, wie sie früher z. B. von Kröll geschildert ist. In therapeutischer Beziehung scheint dem Ref. das L.'sche Verfahren, kleine von perforierten Knochenspitzen gesetzte Hautstichwunden mittels Atmokausis aseptisch zu machen, sehr nachahmenswert. Was die einschlägige Literatur betrifft, so ist Zuppinger in einer von L. sehr lobend erwähnten Arbeit vom Jahre 1900 (d. Blatt 1900 p. 1053) zu ganz ähnlichen Resultaten gelangt wie L.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

Adrenalin und Lokalanästhesie.

Von

Dr. F. **Honigmann** in Breslau.

In einer Reihe hochinteressanter Versuche hat H. Braun[1] nachweisen können, daß der Zusatz einer überaus geringen Menge von Adrenalin oder adrenalinhaltigem Nebennierenextrakt die örtlich anästhesierende Wirkung von Cocainlösungen enorm steigert, derart, daß verdünnte Cocainlösungen ebenso, oder vielmehr noch stärker wirken, als sehr konzentrierte Lösungen ohne diesen Zusatz. Verdünnte Cocainlösungen mit Adrenalinzusatz anästhesieren weit über die Zone der direkten Infiltration hinaus und unterbrechen die Leitungsfähigkeit von Nervenstämmen, wenn sie in ihre Nachbarschaft injiziert werden. Gleichzeitig wird die Dauer der Cocainanästhesie um das vielfache verlängert, während andererseits die Toxizität des Cocains durch die gleichzeitige Anwendung von Adrenalin vermindert wird. Alle diese Vorteile sind der lokalanämisierenden Wirkung des Adrenalins zu danken, durch welche die Vitalität des Gewebes herabgesetzt und die Resorption des eingespritzten Alkaloids verlangsamt wird.

Das Nebennierenpräparat wirkt demnach in gleichem Sinne wie die Esmarch-sche Blutleere, deren man sich ja längst zur Unterstützung der lokalanästhesierenden Wirkung bei dem Schleich'schen und Oberst'schen Verfahren etc. bedient hat.

---

[1] Archiv für klin. Chirurgie Bd LXIX. p. 541.

Kürzlich empfahl auch Foisy[2] die Anwendung des Adrenalins zur Anästhesierung entzündeter Gewebe. Er verwendet folgende Lösungen:

Solut. Cocain. (1 : 200) 10,0 ccm,
Adrenalin hydrochl. (0,1 : 100) gtt. X;

bei Notwendigkeit großer Inzisionen oder der Entfernung kranken Gewebes:

Solut. Cocain. (1 : 200) 20,0—25,0 ccm,
Adrenalin gtt. XIII—XV;

endlich bei Panaritien und Furunkeln:

Cocain (1 : 100) 1 cm,
Adrenalin gtt. IV—V.

Die von Foisy geschilderte Injektionstechnik entspricht der Schleich'schen Infiltration. Sehr rasch nach der Injektion trete Anämie ein und nach 3—4 Minuten Anästhesie. Er empfiehlt vorsichtiges, schichtweises Operieren unter Vermeidung jeder starken Zerrung, Unterbindung aller sichtbaren Gefäße und Anlegung eines komprimierenden Verbandes wegen der nach Abklingen der Adrenalinwirkung auftretenden Nachblutung.

Besonders durch die experimentellen und klinischen Beobachtungen H. Braun's wurde ich angeregt, im Laufe des letzten Vierteljahrs bei ca. 40 Fällen den Einfluß des Adrenalins auf die lokalanästhesierende Wirkung des Cocains bezw. β-Eucains[3] zu prüfen. Ich verwendete ausschließlich das von Parke, Davis & Co. in London hergestellte Präparat, das in dunklen, mit Glasstopfen verschlossenen Fläschchen von ca. 30 g Inhalt in den Handel kommt.

Die Zusammensetzung der Lösung ist folgende:

Adrenalin. hydrochlor.	0,1
Natrii chlorat.	0,7
Chloreton	0,5
Aq. dest.	100,0.

Die nötigen Verdünnungen wurden fast immer direkt vor dem Gebrauche hergestellt und durch 5 Minuten langes Aufkochen sterilisiert[4]. Bei Anwendung der Schleich'schen Infiltrationsanästhesie setzte ich nach Braun's Vorgange zu 100 g der 0,1%igen β-Eucainlösung 1 ccm obiger Adrenalinlösung zu. Beim Gebrauche $^1/_2$- oder 1%iger Cocainlösungen fügte ich in der ersten Zeit zu 10 ccm der Lösung nur 3—6 Tropfen Adrenalinlösung; später aber folgte ich auch hier dem Beispiele Braun's und erhöhte den Zusatz auf 3 Tropfen pro 1 ccm Lösung, da ich bei geringeren Adrenalinmengen gelegentlich keinen genügenden anämisierenden Effekt zu erzielen glaubte.

Üble Nebenwirkungen auf den Allgemeinzustand der Kranken oder auf den Verlauf des örtlichen Prozesses, besonders auf die Wundheilung, habe ich in keinem einzigen Falle beobachtet. Allerdings wurde die Dosis von 1 mg Adrenalin niemals überschritten, meist sogar weniger als $^1/_2$ mg des so wirksamen Präparates gebraucht. Zu anderen Vorsichtsmaßregeln, wie sie Foisy empfiehlt (horizontale Lagerung während und mehrstündige Rückenlage nach der Operation) sah ich mich im allgemeinen nicht veranlaßt, zumal ich die Methode meist bei ambulanten Kranken anwandte. Eingriffe an der oberen Extremität wurden auch in sitzender Stellung gut vertragen, bei allen übrigen Operationen habe ich ohnehin von je die horizontale Lage des Pat. vorgezogen.

Der erste Fall, bei dem ich mich zur Anwendung des Adrenalins entschloß, betraf einen Herrn mit einer langen, engen, kallösen Urethralstriktur. Die Harnröhrenschleimhaut war enorm empfindlich und selbst nach Einspritzung von Eucain scheiterte die erfolgreiche Bougierung an der großen Schmerzhaftigkeit, die noch tagelang nach jedem Bougierversuche anhielt. Das Adrenalin erwies sich hier von

---

[2] Presse méd. 1903. März 25.

[3] Mit Tropacocain machte ich keinen Versuch, da nach Braun das Adrenalin beim Zusatz dieses Präparates seine gefäßverengernden Eigenschaften verliert.

[4] Die Lösungen nehmen beim Kochen, ebenso bei längerem Stehen eine rosa Färbung an.

großem Vorteile. Ein Zusatz von 1 ccm Adrenalinlösung auf 10 ccm der 5%igen β-Eucainlösung bewirkte, daß 5 Minuten nach der Injektion die Einführung des Bougies schmerzlos erfolgte, und daß auch jeder erheblichere Nachschmerz fortblieb[5].

Zur Schleimhautanästhesie habe ich nur noch in einem weiteren Falle das Adrenalin angewendet, nämlich bei Exzision der Außenwand einer Zahncyste. Vor und hinter dem Tumor wurden je 1 ccm einer 1%igen Cocainlösung (mit Zusatz von 4 Tropfen Adrenalinlösung auf 10 ccm Flüssigkeit) unter die Gingivalschleimhaut injiziert. Die Schleimhaut wurde sofort schneeweiß, und die Operation konnte nach wenigen Minuten völlig schmerzlos ausgeführt werden.

Ferner wandte ich in zwölf Fällen von Schleich'scher Infiltrationsanästhesie das Adrenalin an.

Es handelte sich dabei um die Exstirpation kleinerer Geschwülste, eine Fingerexartikulation, Eröffnung und Auskratzung von Drüsenabszessen, Operation einer Sehnenscheidentuberkulose am Fuße, Eröffnung eines parametritischen Abszesses, Sehnennähte etc.

Die Vorzüge des Adrenalins machten sich dabei nach zwei Richtungen geltend, einmal durch die Anämisierung der Gewebe, welche jedenfalls erheblicher ist, als die durch die Infiltration allein bedingte, und ferner in der verlängerten Dauer der Anästhesie. In einem Falle von Sehnennaht hatte ich die Nicaise'sche Binde vor der Operation angelegt, da die Stümpfe sehr weit retrahiert waren und eine vollkommene Blutleere zur leichteren Übersicht erwünscht schien. Da aber der Pat. durch den Druck der Gummibinde sich sehr belästigt fühlte, nahm ich sie nach Fixierung der Sehnenenden ab und tamponierte einige Minuten die Wunde, um ohne Esmarch'sche Blutsparung die Operation zu vollenden. Es zeigte sich nun aber auch nach Entfernung des Tampons die Wunde fast blutleer. Eine heftigere Nachblutung sah ich weder in diesem, noch in einem anderen Falle nach Adrenalin auftreten. Allerdings ist die durch Adrenalin bewirkte Anämie nicht etwa imstande, die Esmarch'sche Blutleere zu ersetzen. Abgesehen davon, daß mittlere und größere Gefäße durch das Mittel — wenigstens in den von mir angewandten Konzentrationen — nicht zur Konstriktion gebracht werden, so erstreckt sich auch die Anämie nur auf die Zone der Injektion oder höchstens deren unmittelbare Nachbarschaft. Läßt man bei der Oberst'schen Anästhesie den Gummischlauch beiseite und fügt statt dessen Adrenalin der Cocainlösung zu, so wird man bei Injektion an der Fingerbasis zwar eine weiße Verfärbung der Haut am Grundglied und teilweise am Mittelglied bald wahrnehmen, am Endglied aber ein cyanotisches Aussehen bemerken und bei der Inzision — namentlich, wenn es sich um entzündetes Gewebe handelt — eine unverminderte Blutung hervorrufen. Ich habe daher nach wenigen Versuchen Abstand genommen, bei der Oberst'schen Anästhesie von dem Adrenalinzusatz Gebrauch zu machen, da der anästhetische Effekt des Verfahrens bei Applikation der elastischen Abschnürung gleich gut, die Blutleere aber sicherer und vollständiger hergestellt wird.

Nur bei Operationen am Penis fand ich die Adrenalinwirkung hinreichend verläßlich und dabei angenehmer für den Pat., als die Anlegung des Gummischlauches.

Mit größtem Vorteil habe ich von dem Adrenalin bei Eingriffen Gebrauch gemacht, die die Anwendung der Esmarch'schen Blutleere nicht zulassen, also am Kopfe, Hals und Stamm.

Wenn ich mich in früherer Zeit an diesen Körpergegenden zur Lokalanästhesie ausschließlich der Schleich'schen Infiltrationsmethode bediente, sehe ich nunmehr der subkutanen Anwendung $1/2$—1%iger Cocainlösung ein weiteres Feld eröffnet. Die Hackenbruch'sche »circuläre Analgesie« hatte mir früher mehrfach

---

[5] Auch v. Frisch (Wiener klin. Wochenschrift 1902 Nr. 31) hat bei der Entrierung von Harnröhrenstrikturen, sowie bei schwierigem Katheterismus von Prostatikern vorgängige Instillation von Adrenalin bewährt gefunden.

so unvollkommene Resultate ergeben, daß ich ihre Anwendung auf seltene Fälle beschränkte. Kombiniert mit Adrenalin hat sie sich jedoch mir höchst brauchbar erwiesen. Nicht nur, daß ich z. B. einen talergroßen Nackenkarbunkel auf diese Weise ganz schmerzlos und fast ohne einen Tropfen Blutverlust mit dem Paquelin kreuzweise breit inzidieren konnte, nicht nur, daß ich bei mehrfachen Fällen von kleineren Tumoren und circumscripten Eiterprozessen an Hals, Brust etc. das gleiche Resultat erzielte — ich konnte auch in zwei Fällen komplizierterer Lymphomoperationen am Halse eine durchaus befriedigende Anästhesie erzielen und dabei eine Verminderung der Blutung, welche die Übersichtlichkeit des Eingriffes in hohem Maße zu fördern schien.

Der eine Fall betraf einen schwächlichen Herrn mit Mitralfehler, bei dem eine zentrale Narkose nicht unbedenklich gewesen wäre. Die Operation war wegen Fistelbildung unumgänglich. Die völlig verkästen Drüsen lagen so tief, daß, um sie zugänglich zu machen, die quere Durchtrennung des Kopfnickermuskels nötig war. Es wurden im ganzen 5 ccm einer 1%igen β-Eucainlösung mit Zusatz von 3 Tropfen Adrenalinlösung verbraucht, und zwar sowohl subkutan als subfascial injiziert; letzteres geschah im Verlauf der Operation. Die Schmerzlosigkeit, die 5—10 Minuten nach der Injektion auftrat, war eine vollkommene, die Blutung sehr geringfügig.

Ermutigt durch diesen Erfolg wandte ich das gleiche Verfahren mit gleich gutem Ergebnis in einem zweiten Falle an; es handelte sich um ein mit der Umgebung verwachsenes Drüsenpaket am Kieferwinkel. Dabei wurden 4 ccm einer 1%igen Cocainlösung mit Zusatz von 12 Tropfen Adrenalinlösung verbraucht.

Die Ausführung der Lokalanästhesie nach diesem Verfahren (subkutane Einspritzung circulär um den Krankheitsherd) hat nicht nur ihrer einfacheren Technik wegen einen erheblichen Vorzug vor der Schleich'schen Infiltration, sondern sie gewährt auch eine weit größere Übersichtlichkeit, da die störende Ödemisierung des Gewebes fortfällt. Gebraucht man 0,5%ige Cocainlösungen, so wird man selbst bei ausgedehnteren Krankheitsherden die Maximaldosis nie zu überschreiten brauchen, abgesehen davon, daß nach Braun's Untersuchungen die Giftigkeit des Cocains durch das Adrenalin vermindert wird.

Es liegt mir übrigens durchaus fern, etwa für alle Halsdrüsenoperationen die Lokalanästhesie empfehlen zu wollen. Wo aber eine Kontraindikation gegen die Narkose vorliegt — und das kann bei lymphatischen Individuen nicht selten der Fall sein —, wird meiner Ansicht nach die gleichzeitige Anwendung von Adrenalin und Cocain die Ausführung des Eingriffes unter Lokalanästhesie nicht unwesentlich erleichtern.

Ebenso scheint es mir aussichtsreich, bei der Strumaoperation, die ja heute von vielen Chirurgen ohne Narkose ausgeführt wird, die kombinierte Adrenalin-Cocainanästhesie anzuwenden. Die lokale Anämisierung dürfte sich gerade bei diesem blutigen Eingriffe, namentlich auch bei Basedowstrumen, vorteilhaft erweisen. Persönliche Erfahrungen hierüber zu erwerben, fehlte mir allerdings bisher noch die Gelegenheit.

---

20) S. F. Derjushinski. Über Pneumonie nach Operationen.

(Chirurgie 1903. Februar. [Russisch.])

D. studierte das Material von fünf Moskauer und einer Petersburger Klinik und fand nach 4946 Operationen 43 Pneumonien (0,8% mit 0,4% Mortalität). In 7 Fällen handelte es sich um hypostatische Pneumonie, in 6 um krupöse, in 14 um katarrhalische und grippöse, in 13 um septische Pneumonie und in 3 um Lungengangrän. Die meisten Pat. waren über 45 Jahre alt. 9mal trat die Pneumonie nach Laparotomien auf, 7mal nach Herniotomien (3 eingeklemmte Brüche), 4mal nach Mammakarzinom, 8mal nach Operationen an Lippen und Hals, 6mal am Uterus, 9mal nach Operationen an anderen Stellen. D. möchte 3 Gruppen postoperativer Pneumonie unterscheiden: Pneumonien infolge der Narkose, Infektionspneumonien (krupöse, grippöse, septische, gangränöse); endlich hypostatische Pneumonien. Von seinen 43 Fällen litten 3 vor der Operation an Bronchitis und

Emphysem, 3 Pat. konnten Speisepartikel aspiriert haben, in 13 Fällen wurde Streptokokkeninfektion festgestellt. In diesen 19 Fällen war also der Zusammenhang zwischen Pneumonie und Operation bewiesen. D. spricht sich für die von Gerulanos und Henle empfohlenen Maßregeln zur Verhütung der Pneumonie nach Operationen aus. **Gückel** (Kondal, Saratow).

21) E. Djatschenko. Ein Fall von Phlegmone, hervorgerufen durch den Diplokokkus Talamon-Fränkel's ohne Pneumonie.

(Boln. Gazeta Botkina 1903. Nr. 5. [Russisch.])

Ein 17jähriger Schlosser kam mit Phlegmone der linken Axillargegend ins Hospital. Nach 9 Tagen konnte inzidiert werden; im spärlichen weißlichen Eiter fand man Talamon-Fränkel's Diplokokken in Reinkultur. Keine Pneumonie; Milz etwas vergrößert, an der Hand für kurze Zeit rote Flecken — das Virus war also ins Blut geraten. Die Phlegmone verbreitete sich nach und nach auf die ganze linke Brustseite, zum Teil auf den Rücken, unter den Pectoralis major, auf die Innenfläche des Oberarmes und erforderte mehrfache Inzisionen. Nach 2 Monaten fast geheilt. **Gückel** (Kondal, Saratow).

22) S. D. Varona. Ein schwerer Fall von Maul- und Klauenseuche beim Menschen.

(Revista de med. y cirurg. pract. de Madrid Nr. 762.)

S. hat einen Fall dieser in unseren Breiten nur sehr spärlich beobachteten Erkrankung gesehen, der infolge der sehr genauen Wiedergabe aller Krankheitserscheinungen kasuistisches Interesse bietet. Die 38jährige Kranke litt einige Tage lang an heftigen Kopfschmerzen, Gefühl von Übelkeit, Schmerzen in der Nabelgegend, heftigen lancinierenden Schmerzen in den Beinen, und hatte des öftern Frost. Nach diesen allgemeinen Erscheinungen war plötzlich eine starke Schwellung der Lippen und der Zunge aufgetreten, das Schlucken war fast unmöglich geworden, und Anfälle von Atemnot waren hinzugekommen. Nunmehr wurde der Arzt geholt, der folgenden Status aufnehmen konnte, den wir in den Hauptpunkten wiedergeben: Gesicht stark gerötet, Temperatur 39,2, Pulsfrequenz 108, Atemfrequenz 30 in der Minute. Es besteht reichliche Transpiration; die Atmung wird zuweilen dyspnoisch, und die exspirierte Luft hat einen unerträglich stinkenden Geruch. Objektiv läßt sich an den Brustorganen keine Veränderung nachweisen. Der Bauch ist besonders unterhalb des Schwertfortsatzes und in den Fossae iliacae auf Druck sehr schmerzhaft, seine untere Partie ist stark eingezogen. Der Urin wird spärlich entleert und ist sehr trüb; beim Urinieren selber treten hin und wieder Schmerzen auf. Was nun die hauptsächlichsten Krankheitssymptome betrifft, so bestand eine hochgradige ödematöse Schwellung der Lippen; in gleicher Weise war auch die Zunge stark geschwollen, und die ganze Mundhöhle war mit bläschenartigen, konfluierenden Eruptionen bedeckt, die sich auch auf den Rachen ausdehnten. Eine Bewegung des Mundes, und also auch das Sprechen war fast unmöglich. Der Schluckakt war in gleicher Weise erschwert. Weiter bestand eine ödematöse Schwellung der ganzen vorderen Halsgegend, die sich seitlich bis hinter die Ohren erstreckte. In den seitlichen Halspartien waren stark vergrößerte, schmerzhafte Drüsenpakete fühlbar.

Eine weitere sehr auffällige Veränderung zeigten die Hände: in der Umgebung sämtlicher Fingernägel bestanden bläschenförmige Ausschläge, die sich über den Handrücken fortsetzten und in der Hohlhand konfluierten. Am stärksten ergriffen waren der Mittel- und Zeigefinger der rechten und der Zeigefinger und Daumen der linken Hand. Beide Arme waren im übrigen vollkommen frei. Die Füße waren mit Ausnahme von drei oder vier kleinen Bläschen an der einen großen Zehe ganz frei. Da in der Gegend, in der der Kranke lebte, zu jener Zeit Fälle von Maul- und Klauenseuche nicht lange vorher beobachtet worden waren, so wurde die Diagnose auf Übertragung dieser Krankheit auf den Menschen gestellt. In den folgenden Tagen verschlimmerte sich der Allgemeinzustand noch, indem

das Fieber über 40° in die Höhe ging, doch blieb die Herzaktion immer verhältnismäßig gut, so daß eine Gefahr für das Leben direkt nicht bestand. Vom 5. Tage an sank das Fieber und die Schwellungen ließen nach. Zugleich brachen die im Munde bestehenden Blasen auf, und es bestanden an den betreffenden Stellen nunmehr größere oder kleinere Geschwüre. Die Einziehung des Bauches ließ nach; dafür trat aber eine stinkend riechende Diarrhöe mit wasserartigen Stühlen auf. Am 16. Tage hatte der Kranke nur noch Beschwerden von dem stark geschwollenen Drüsenpaket auf der rechten Halsseite. Die Therapie war mangels eines spezifischen Heilmittels rein symptomatisch gewesen und hatte neben einer sachgemäßen Diät in der Darreichung von Salol und Benzonaphthol bestanden. Außerdem waren Darmirrigationen und Waschung der mit Blasen bedeckten Teile mit Äther in Anwendung gezogen worden.

Was die Ätiologie der Krankheit betrifft, so ließ sich feststellen, daß die Übertragung höchst wahrscheinlich durch Milch aus dem infizierten Orte stattgefunden hatte. Das seltene Vorkommen der Erkrankung beim Menschen glaubt S. durch eine nur sehr selten bestehende Disposition erklären zu sollen, da die Möglichkeit der Infektion gerade bei der damaligen Epidemie sehr häufig gegeben war, und trotzdem dieser Fall der einzige blieb, der überhaupt zur Beobachtung gelangte. **Stein** (Wiesbaden).

23) **Rodriguez.** Un caso de cisticercosis humana.

(Revista de la soc. med. Argentina 1902. Nr. 37.)

Die Fälle von Beobachtungen des Cysticercus cellulosae beim Menschen sind ziemlich selten. In einer neueren Statistik von Lewin wurden nur 16 Fälle aus der Literatur verzeichnet. R. teilt einen weiteren Fall mit: 44jähriger Kranker. Die jetzige Krankheit begann plötzlich nachts mit Schüttelfrost; in den folgenden Tagen traten zuerst verschiedene Allgemeinsymptome unter dem Zeichen großer Körperschwäche auf, und dann gesellten sich sehr heftige Schmerzen in den Extremitäten und dem Rücken hinzu. Status: Gut entwickelter Mann von kräftiger Muskulatur und ziemlich ausgeprägtem Fettpolster. Es finden sich zahlreiche kleine Geschwülste, die im Unterhautzellgewebe ihren Sitz haben und besonders den muskulösen Körperteilen aufsitzen. Besonders viele sind im Rücken vorhanden. Sie haben ovale Form und betragen im Durchmesser 1—1¾ cm. Die Konsistenz ist knorpelartig. Einige der Geschwülste sind kranzförmig gruppiert, andere unregelmäßig verteilt. In der Mundhöhle unterhalb der Zunge findet sich eine gleiche Geschwulst. Manche der Tumoren sind bei Druck schmerzhaft, andere nicht. Die Gesamtzahl der durch Tastung zugänglichen Geschwülste beträgt 160. Pat. weiß nicht anzugeben, seit wann dieselben entstanden sind. Die Untersuchung des Kehlkopfes ergibt zwei weitere Geschwülste von ähnlicher Größe und perlgrauer Farbe in den glosso-epiglottischen Falten.

Durch Exzision von vier der kleinen Tumoren wurde die Diagnose sichergestellt. In der Folgezeit trat mehr und mehr Schwinden der Kräfte ein. Die Temperatur schwankte zwischen 37 und 40°. Bei Abschluß der Arbeit lebte der Kranke noch. **Stein** (Wiesbaden).

24) **P. Lecène et G. Legros.** Tumeurs expérimentales.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXVII. ann. 6. sér. Nr. 8.)

Die Anordnung der Versuche ist ähnlich wie die früherer von Zahn und Leopold: Teile noch warmer Meerschweinchenembryonen wurden sechs alten Tieren in verschiedene Stellen des Körpers überpflanzt. Zwei Versuche hatten positives Ergebnis: das eine Mal wuchs ein erbsengroßes Stück aus der Nierengegend eines Embryo binnen 42 Tagen in der Sakrolumbalgegend des Versuchstieres bis fast zu Haselnußgröße; das andere Mal entwickelte sich die Rückenhälfte eines Embryo innerhalb 38 Tagen zu einem relativ ansehnlichen Teratom. Die mikroskopischen Details sind aus Abbildungen ersichtlich. Verff. wollen die Versuche fortsetzen. **Christel** (Metz).

25) **A. J. Abrikossow.** Zur pathologischen Anatomie des primären multiplen Myeloms des Knochenmarkes.

(Chirurgie 1903. März. [Russisch.])

A. hatte Gelegenheit, einen Fall dieser seltenen Krankheit pathologisch-anatomisch zu untersuchen. Das klinische Bild ist sehr ungenau beschrieben; so fehlen Angaben über die Veränderungen in Blut und Harn. Der Prozeß begann bei dem 54 Jahre alten Pat. gleichzeitig im Brustbeine, in den Schlüsselbeinen und in mehreren Rippen; später in den Oberarmknochen; in anderen spongiösen Knochen — Wirbel, Becken — trat kompensatorische Hpyerplasie des Markes auf. Später entstand bösartige Degeneration des roten Knochenmarkes in den Wirbeln. Pat. klagte über starke Schmerzen in den befallenen Knochen.

Mikroskopisch zeigte sich diffuse Degeneration des Knochenmarkes. Das neugebildete Gewebe bestand aus Rundzellen, deren Verf. fünf Arten beschreibt: zwei Arten sind den Myelocyten ähnlich, aber größer 12—16 μ und 8—12 μ; zwei weitere Arten sehen wie Lymphocyten aus, sind 4—6 und 3—4 μ groß; dazwischen finden sich rote Blutkörperchen. Die Zahl dieser verschiedenen Zellarten betrug im Gesichtsfelde (Zeiß homogene Imm. 2 Mlm., komp. O. — 6 Mlm) 312, 64, 26, 7, 88. Die Neubildung zerstört den Knochen und wächst in das umgebende Gewebe hinein; der benachbarte Rippenknorpel ist unversehrt, der Gelenkknorpel des Sternalendes des Schlüsselbeines dagegen verdickt, das interstitielle Gewebe zerfasert, schleimig entartet, die Zellen vernichtet. — Die Gefäße an und in der Neubildung sind dilatiert, stellenweise kavernös verändert; in den Rippen sehen ganze Bezirke wie diffuse Hämorrhagien aus. In der Schlüsselbeindiaphyse und im Brustbeine sieht man mitten in der Neubildung zahlreiche Fettzellen, meist einzeln, erhalten, ferner zahlreiche Hohlräume, mit Endothel ausgekleidet und mit einer homogenen Masse ausgefüllt, die wie geronnene Lymphe aussieht. Die befallenen Knochen zeigen das Bild der Halisterese.

Schlußfolgerungen: 1) Die Neubildung befällt gewöhnlich zuerst das Brustskelett (und die Wirbelsäule), später den Schädel, die Becken- und Extremitätenknochen. 2) Sie beginnt im Knochenmarke entweder in Form einzelner mehr oder weniger begrenzter Knoten, oder das ganze Mark erkrankt diffus (diffuse Proliferation von einer, seltener von zwei Arten der Zellelemente, mit Verdrängung der übrigen Elemente des Knochenmarkes). 3) In seltenen Fällen muß die Neubildung des Knochenmarkes als multiples Endotheliom angesehen werden. 4) In den meisten Fällen ist das (begrenzt oder diffus) neugebildete Gewebe nach dem Typus des adenoiden gebildet; die Größe und der Charakter der Zellelemente können sehr verschieden sein. Die Verschiedenheit der Geschwülste kann in den einzelnen Fällen auch von der Zahl der Gefäße, vom Vorhandensein kavernöser Bluträume, von der Entwicklung des Stroma abhängen. 5) Es kommen Fälle von homologer Bildung vor (Rustizky, Winkler, Jochmann-Schumm, Verf.), oder umgekehrt Fälle von heterotypisch gebauter Neubildung (Wieland, Fall II, IV, Grawitz); die meisten beschriebenen Fälle stellen Zwischenstufen zwischen diesen beiden Grenzformen dar. 6) In allen Fällen wirkt die Neubildung vernichtend auf den Knochen (Halisteresis) und wächst zuweilen in die umgebenden Weichteile hinein. Sehr selten beobachtet man gleichzeitig Neubildung des Knochens (Grawitz, Wieland). 7) Die Neubildung gibt keine Metastasen, obgleich, wie in des Verf. Fall, die Kapillargefäße oft zahlreiche Zellen der Neubildung enthalten. Dadurch unterscheidet sie sich von den Sarkomen und nähert sich den Lymphosarkomen der Lymphdrüsen.

Die Ätiologie ist dunkel, die Beziehung zu den Krankheiten des Blutes noch unerforscht. Man kann nur sagen, daß das primäre multiple Myelom, oder besser Myelosarkom, eine selbständige Krankheit ist und zu den Neubildungen des Knochenmarkes gehört.

Die Literatur wird in 62 Nummern angeführt, die bisher beschriebenen Fälle ausführlich besprochen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

26) **C. Féré.** L'hérédité des ganglions synoviaux.

(Revue de chir. XXII. ann. Nr. 12.)

Kurze Mitteilung zur Stütze der von Schwarz geäußerten Ansicht, es existiere eine Art »Diathèse kystique« für Hygrombildungen. F. meint, dieselbe zeige sich — ähnlich wie angeborene Schlaffheit der Aponeurosen u. a. — in neuropathischen Familien, und berichtet von einer solchen. Das älteste Glied der Kette ist eine 82jährige Frau mit drei Hygromen. In der Descendenz — acht weibliche und neun männliche Individuen in drei Generationen — sind sieben mit Hygromen, drei mit Epilepsie behaftet. Von diesen sieben entfallen sechs auf die acht weiblichen Nachkommen, entsprechend der größeren Neigung dieses Geschlechtes zu Hygrombildung. **Christel** (Metz).

27) **W. N. Heinatz.** Über Heredität des Krebses.

(Russkij Wratsch 1903. Nr. 9 u. 10.)

Von 210 Krebskranken der Klinik Ratimow's mit genauer Anamnese hatten 8,6% an Krebs gestorbene Verwandte, 3,8% davon an Krebs gestorbene Eltern. Bei 3 Pat. waren 2, 3 resp. 5 Verwandte an Krebs gestorben. In einer zweiten Reihe von 166 Fällen gutartiger Geschwülste waren 6,6% Verwandte und 4,2% Eltern krebskrank, in einer dritten Reihe von 103 Pat. mit verschiedenen anderen chirurgischen Krankheiten waren die betreffenden Zahlen 11,6% resp. 7,8%.

Schlußfolgerung: Unter den Verwandten der Krebskranken kommt das Karzinom nicht häufiger vor als unter denjenigen anderer Kranken; der Krebs scheint also nicht erblich zu sein. **Gückel** (Kondal, Saratow).

28) **J. P. Marsh.** A case of multiple melanotic sarcoma unsuccessfully treated by X-rays.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. Februar.)

Ein primär am Rücken aufgetretenes melanotisches Sarkom bei einem 52-jährigen Fuhrmann wurde zuerst »flach abgetragen«, das sofort entstehende Rezidiv mit anderen sekundären Knoten exstirpiert. Die zahlreichen Metastasen in der Haut des Rückens, der Achselhöhle und der Brust und in der Bauchhöhle machten weitere operative Eingriffe unmöglich, es wurde deshalb eine Röntgenbestrahlung der Hautmetastasen vorgenommen. Nach 10 Sitzungen von je 10 Minuten zeigten die Knoten derartig gesteigertes Wachstum, daß die Behandlung ausgesetzt wurde. Nach jeder Bestrahlung wurden Blutuntersuchungen angestellt, welche eine stetige Hämoglobinzunahme von 60—65% und gleichzeitig Leukocytenabnahme von 22500 bis zu 12000 ergaben.

Verf. warnt vor der Bestrahlung ausgedehnter Sarkome und führt das gesteigerte Wachstum auf die Verminderung der Leukocyten, der natürlichen Verteidiger des Organismus zurück; man sollte wenigstens gleichzeitig das Blut untersuchen. **Bender** (Leipzig).

29) **P. Linser.** Über die Beziehungen zwischen Nebennieren und Körperwachstum, besonders Riesenwuchs.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. beschreibt einen in der Tübinger chirurgischen Klinik zur Beobachtung gekommenen Fall von Riesenwuchs im Kindesalter. Es handelte sich um einen nachweislich erst 5 Jahre $7\frac{1}{2}$ Monate alten Knaben, welcher in Körperbau und Körpergröße, Aussehen und Entwicklung die Merkmale eines etwa Fünfzehnjährigen darbot. Die Ursache für seine Aufnahme in die chirurgische Klinik war eine große Geschwulst der linken Nebenniere. Es wurde die Laparotomie ausgeführt, eine Entfernung der Geschwulst war aber undenkbar. Der Knabe starb 24 Stunden nach der Operation unter den Zeichen der Herzschwäche. Die Sektion ergab ein kindskopfgroßes, linksseitiges, malignes Adenom der Nebenniere, welches weit in die Vena cava hineingewuchert war und Metastasen in den retroperitonealen Drüsen an der Aorta bis zur Bifurkation herab gesetzt hatte.

Diese Kombination von Riesenwuchs mit einer Nebennierengeschwulst veranlaßte den Verf., auf die Beziehungen zwischen Nebennieren und Körperwachstum näher einzugehen. In der Literatur fanden sich nur ganz vereinzelte Beobachtungen, welche für eine Beeinflussung des Körperwachstums durch die Nebennieren sprechen. Verf. glaubt aber auf Grund dieser Fälle und vor allem der von ihm beschriebenen Beobachtung berechtigt zu sein, zu den für die Pathogenese gewisser Wachstumsanomalien, besonders des Riesen- und Zwergwuchses, ätiologisch sichergestellten Faktoren, der Thyreoidea, Hypophysis, Thymus und den Genitalorganen, auch noch die Nebennieren rechnen zu dürfen. Alle diese Drüsen, die eigentlichen Blutdrüsen, stehen untereinander in näherem Zusammenhange, können sich gegenseitig in ihrer Funktion beeinflussen und ergänzen und sind von mehr oder weniger großer Bedeutung für das Körperwachstum. Beim Riesenwuchse kommen meist Geschwülste dieser Drüsen vor, während der Zwergwuchs gewöhnlich von Hypoplasien resp. Aplasien dieser Organe begleitet zu sein scheint. **Blauel** (Tübingen).

30) **Bülow-Hansen.** Über Sehnentransplantationen und Plastiken.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXIV. 3. Folge. Bd. I. Nr. 26. [Deutsch.])

Verf. hat 18 Sehnentransplantationen an 14 Pat. ausgeführt. 10 derselben wurden wegen Paralysen, die vier übrigen wegen spastischer Leiden operiert. Bei zwei Pat. waren die oberen, bei den übrigen die unteren Extremitäten angegriffen. Bei fünf Pat. wurden Transplantationen eines oder mehrerer Schenkelmuskeln vorgenommen. Die Wirkung der Operationen war in allen Fällen eine günstige, die Blutcirculation hatte sich gebessert, die bei Lähmungen so charakteristische feuchtkalte Haut war mehr normal geworden; die eine Reihe von Jahren angewandten Bandagen waren bei Seite gelegt und durch einen gewöhnlichen Stiefel ersetzt worden.

Am Ende der Arbeit urteilt Verf.: »Die Sehnentransplantationen bieten stets etwas, ja zuweilen sogar viel, selbst in Fällen, wo jede andere Behandlung sich als machtlos erwiesen hat«. **Hansson** (Cimbrishamn).

31) **M. Biggs.** Osteopsathyrosis; with the review of a case having sustained twenty-two fractures in a period of ten years.

(University of Pennsylvania med. bulletin 1903. Nr. 12.)

Verf. berichtet über einen Fall von idiopathischer Knochenbrüchigkeit, der insofern eigenartig verlief, als die Erkrankung erst im 20. Lebensjahre einsetzte, und mit dem 30. Jahre anscheinend dauernd wieder schwand.

Der hereditär nicht belastete, bis zum 20. Jahre ganz gesunde Mann bemerkte zunächst ein Gefühl von Schwäche in beiden Beinen. Dann traten im Laufe der nächsten 10 Jahre im ganzen 22 Frakturen auf, immer nach minimalen Traumen oder Anstrengungen. Dieselben betrafen mit Ausnahme einer Rippe sämtlich die Oberarm- und Oberschenkelknochen; die Schmerzen waren stets sehr gering, die Konsolidation sehr langsam. Die Krepitation war einige Male auffallend weich. In den letzten 5 Jahren, vom 30. Lebensjahre ab, ist keine Fraktur mehr eingetreten. Die Extremitäten sind zur Zeit infolge der zahlreichen Frakturen zum Teil stark verkrümmt und verdickt (vier Röntgenbilder). Bemerkenswert ist, daß die Frakturen, die in der letzten Zeit der Erkrankung eintraten, schneller fest wurden als die früheren. Irgend ein ätiologisches Moment war auch in vorliegendem Falle nicht festzustellen. **Mohr** (Bielefeld).

32) **H. Mynter** (Buffalo). Subacromial dislocation from muscular spasm.

(Annals of surgery 1902. Juli.)

M. berichtet von einem Falle von Luxatio humeri subacromialis, bei einem sehr muskulösen Manne entstanden während eines epileptischen Anfalles in der Nacht. Da Pat. im Bett lag, ein Sturz also nicht stattgefunden hatte, konnte die

Verrenkung mithin nur durch die heftige spastische Kontraktion der Muskeln entstanden sein.

Erst 3 Monate nach dem Anfalle wurde die Verrenkung als solche erkannt; die Reposition gelang in tiefer Narkose mit großen Schwierigkeiten zwar, jedoch vollkommen. **Seefisch** (Berlin).

33) Hammer. Zwei Fälle von Einrenkung der vorderen Schulterverrenkung nach Riedel.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1902. Nr. 39.)

H. hat in zwei Fällen mit bestem Erfolge eine Schulterverrenkung nach Riedel'scher Methode eingerenkt, und zwar ohne Narkose. Bei einer 55jährigen Frau mit schlaffer Muskulatur gelang die Reposition sogleich, bei einem 26jährigen Manne mit kräftig entwickelter Muskulatur beim zweiten Versuche.

Haeckel (Stettin).

34) Maxwell. A case of intracapsular fractur dislocation of the head of the humerus. Operation.

(St. Bartholomew's hospital reports Vol. XXXVIII. p. 33.)

Ein Färber strauchelte als er eine Leiter herabstieg, er hielt sich noch einen Augenblick an der Leitersprosse mit der rechten Hand, wobei der Arm im Schultergelenk stark nach auswärts gedreht wurde, dann fiel er mit der rechten Schulter auf den Boden. Die klinischen Erscheinungen wiesen darauf hin, daß es sich um eine Verrenkung des rechten Oberarmes handelte. Repositionsversuche in Chloroformnarkose waren vergeblich, eine Röntgendurchleuchtung fand aus nicht angegebenen Gründen nicht statt. Da Lähmungen und Neuralgien am rechten Arme bestanden, wurde das Schultergelenk 6 Wochen nach dem Unfalle eröffnet und festgestellt, daß es sich um einen intrakapsulären Bruch handelte. Der abgesprengte Kopf war durch einen Riß der Kapsel nach innen in die Achselhöhle ausgetreten. Der Kopf wurde reluxiert und die Bruchflächen adaptiert. Die ersten 6 Tage wurde der Arm an der Brust befestigt, dann suspendiert. Es trat Heilung und gute Gebrauchsfähigkeit des Armes ein, Rotation und Erhebung bis zur Senkrechten war gut möglich. **Herhold** (Altona).

35) G. Reisinger. Kasuistischer Beitrag zur Nervenlösung bei Radialislähmung nach Oberarmfraktur.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Verf. berichtet über zwei in der chirurgischen Abteilung des Nürnberger allgemeinen Krankenhauses zur Beobachtung und Operation gekommene Fälle von Radialislähmung nach Oberarmbruch. Im ersten Falle handelte es sich um eine primäre, im unmittelbaren Anschluß an die Fraktur entstandene Lähmung. Der Nerv zeigte sich bei der Operation plattgedrückt und in einer Ausdehnung von 3—4 cm gelblich verfärbt. Nach Abpräparierung desselben vom Kallus wurde eine Schicht des M. triceps unter dem Nerven zwischen diesem und dem Kallus fixiert. Der zweite Fall ist als eine sekundäre Lähmung, bedingt durch allseitige innige Verwachsung des Nerven mit dem knöchernen Kallus aufzufassen. Die Befreiung des Nerven gelang nur durch Abmeißelung des Kallus und nachträgliche Lösung der anhaftenden Kallusteile vom Nerven. Auch hier wurde der Nerv dann in den M. triceps eingebettet.

Der Erfolg war in beiden Fällen ein vollkommen befriedigender. Beide Verletzte können wieder ihrem früheren Berufe voll und ganz nachgehen.

Blauel (Tübingen).

36) Dénucé. Luxation incomplète du coude en arrière et en dedans.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXVII. ann. 6. ser. Nr. 8.)

Die Charakteristika dieser bisher noch sehr selten beschriebenen und mehrfach falsch gedeuteten Verrenkung sind: Stellung des Vorderarmes in halber

Beugung, leichter Supination; er scheint verkürzt; aktive Beweglichkeit fehlt, nur geringe passive Beugung möglich; Aus- und Einwärtsrollung wenig vermindert. Das Olekranon springt stark vor, ist dem Epicondyl. ulnar. näher gerückt. Das leicht zu tastende Radiusköpfchen steht am unteren Rande der Fossa olecrani, in die der Finger leicht eindringt. Der Proc. coron. ulnae hakt hinter der Trochlea ein.

Christel (Metz).

37) **R. Natrig** (Christiania). Brüche der Handwurzelknochen.

(Tidskrift for den Norske Lägeforening 1901. p. 339.)

Die Skiagraphie der letzten Jahre hat gezeigt, daß viele von den sog. Distorsionen in der Hand Brüche der Handwurzelknochen sind. Verf. beschreibt näher zwei Fälle, welche er beobachtet hat.

I. Ein Mann fiel mit der linken Hand auf die Erde. Bedeutende Anschwellung und Schmerz. Einige Monate später wurde sichergestellt, daß der Handdruck vermindert war; Schmerzen nur, wenn Pat. eine Thür öffnet oder ähnliche Bewegungen ausführt. Keine Anschwellung. An der Radialseite des Handgelenkes wurde eine empfindliche Bruchfurche gefühlt. Fractura apicis process. styloid. radii wurde diagnostiziert. Das Skiagramm zeigte zwei Brüche am Os scaphoideum und Absprengung der linken unteren Ecke des Os capitatum.

II. Ein Mann fiel und verstauchte die rechte Hand. Bedeutende Anschwellung und Schmerzen. $^3/_4$ Jahr nachher noch etwas Anschwellung und beständige Schmerzen. Alle sowohl passiv als aktiv ausgeführten extremen Bewegungen im Handgelenke schmerzten. Druckempfindlichkeit über dem Os scaphoideum und Os lunatum. Keine Bruchfurche zu tasten. Das Skiagramm zeigte einen halbmondförmigen, abgesprengten Splitter, welcher vom Os lunatum zu stammen schien.

Wisliff (Christiania).

38) **F. B. Lund.** Congenital anomalies of the phalanges, with report of cases studied by skiagraph.

(Med. and surg. reports of the Boston City Hospital 1902.)

Verf. bringt eine auserlesene Zusammenstellung acht interessanter angeborener Handverbildungen, deren anatomisches Verhalten durch die Skiagramme deutlich wird. Er sucht auch die entwicklungsgeschichtliche Entstehung derartiger Difformitäten zu erklären, worauf hier nicht näher eingegangen werden kann; er stützt sich hierbei wesentlich auf Minot (Human embryology).

Interessant ist, daß die sämtlichen mitgeteilten acht Fälle mit Ausnahme eines einzigen den Mitgliedern zweier Familien angehören, daß also eine ausgesprochene Vererbung der Difformitäten erwiesen ist.

Verf. teilt die Fälle in zwei Hauptgruppen, und zwar:

1) Fälle von Syndaktylismus mit knöchernen Difformitäten; hierzu gehört ein Italiener mit drei seiner Kinder und der isolierte Fall eines Irländers. Der Vater hatte eine knöcherne Verschmelzung des rechten 3. und 4. Fingers und starke Beugestellung der Finger; an der linken Hand war in jugendlichen Jahren ein schlecht gelungener Versuch gemacht worden, die Mißbildung zu beseitigen; die eine Tochter hatte eine starke Verkürzung und Deformation des Ringfingers, der operativ von dem Mittelfinger abgetrennt ist; er kann aber nicht extendiert werden und steht so, daß er schief unter den Mittelfinger zu liegen kommt. Die 3jährige Schwester dieser Pat. hatte an beiden Händen eine Vereinigung des Ring- und Mittelfingers durch eine Schwimmhaut, aber mit einer Auswärtsdeviation der beiden Endphalangen. Außerdem hatte dieses Kind noch zwei überzählige Zehen an jedem Fuße, welche durch eine Schwimmhaut mit der Kleinzehe vereinigt waren. Endlich hatte ein jüngerer Bruder die gleiche Difformität wie das vorige Kind.

Sehr interessant ist der Solitärfall des 70jährigen Irländers, weil er die Disposition derartiger Mißbildungen zur Geschwulstbildung zeigt. Bei diesem Pat. war die rechte Hand normal, dagegen bildeten linker Mittel- und Ringfinger einen

starken, kolbigen Klumpen, an der Basis schmäler, am Ende etwa doppelt so stark; im Röntgenbilde war die Deviation der Endphalangen zu sehen, zugleich aber auch eine osteochondromatöse Neubildung der beiden Finger und der dazwischen liegenden Gebilde.

Die 2. Hauptgruppe stellen drei Fälle hereditärer Deformitäten von gemischtem Typus dar, deren Träger auch in nächster verwandtschaftlicher Beziehung stehen. Die Mutter des wichtigsten Falles dieser Kategorie hatte nur eine überzählige Daumenphalanx; die 17jährige Tochter zeigte völliges Fehlen des linken Radius und Daumens und mangelhafte Entwicklung des entsprechenden Oberarmes, Schlüsselbeines und Schulterblattes; ein dritter Fall, ein Vetter der vorigen, konnte nicht genau beobachtet werden. Interessant ist bei dieser Familie zu verfolgen, daß die Verbildungen sich alle auf den Vater des erstgenannten Falles zurückführen lassen.

Operative Eingriffe wurden bei dieser zweiten Kategorie überhaupt nicht unternommen; bei der ersten Kategorie wurde die Trennung der Finger nach Didot einige Male mit befriedigendem Erfolge gemacht. **Scheuer** (Berlin).

39) H. Morestin. Sarcome du bassin. Désarticulation inter-ilio-abdominale. Mort.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXVII. ann. 6. ser. Nr. 8.)

Unter heftigen Beschwerden neuralgischer Natur, später mit Ödemen und Beeinträchtigung des Gehvermögens verbunden, hatte sich eine ausgedehnte Schwellung von der rechten Darmbeinschaufel ausgehend nach abwärts bis nahe an die Symphyse entwickelt. Bei dem noch recht günstigen Allgemeinbefinden der Pat. und gedrängt von ihr unternahm M. die eingreifende Operation nach der Technik von Salistscheff, Lappenbildung »en raquette«, Unterbindung der Vasa il. ext., Durchtrennung der Symphyse nach Ablösung der Rektussehne, sodann des Bandapparates der Artic. sacro-iliaca zunächst unter Beugung und Adduktion, dann vorsichtige Abduktion des als Hebel dienenden Oberschenkels. Bereits als die Absetzung beendet wurde, trat eine vorübergehende Synkope ein, als Beweis für die Schwere des Eingriffes. Die Operation hatte 50 Minuten gedauert. Die Kranke blieb den Tag über trotz aller Analeptika schwach; unter fortschreitender Zunahme der Herzschwäche, Durstgefühl, Beklemmung verstarb sie am Abend.

Christel (Metz).

40) Idelsohn. Über intermittierendes Hinken.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

In allen 14 Fällen dieses Leidens, welche I. beobachtete, fand I. Fehlen oder Abschwächung des Pulses in den Fußarterien; dreimal endete das Leiden mit Gangrän, wenn auch die Kürze der Beobachtungszeit — längstens 4 Jahre — es nicht ausgeschlossen sein läßt, daß auch noch weitere dieser Kranken Gangrän bekommen. Die Kranken standen im Alter von 27—60 Jahren; gerade bei den jüngsten unter ihnen fanden sich auch sonstige Zeichen von Arteriosklerose. Neu ist unter den ätiologischen Momenten eines, das I. unter seinen 14 Fällen achtmal konstatieren konnte: der Plattfuß. I. erklärt das daraus, daß beim Plattfuße die Arteria dorsalis pedis beim Durchtritt zwischen der Basis des I. und II. Metatarsus zum Arcus plantaris gedrückt und so zur Sklerose disponiert wurde. Auf einen Zusammenhang zwischen beiden Leiden weist auch die Tatsache hin, daß bei Juden der Plattfuß besonders häufig vorkommt und zugleich bei ihnen ungewöhnlich oft intermittierendes Hinken sich findet. Bezüglich der übrigen Symptome des Leidens und der einzuschlagenden Therapie weicht I. nicht von Charcot, Erb, Higier, Zoege von Manteuffel ab. **Haeckel** (Stettin).

41) E. Neisser und Pollack. Beitrag zur Kenntnis der Roth-Bernhardt'schen Meralgie und ihrer operativen Behandlung.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 3 u. 4.)

Bei einem 18jährigen, sonst gesunden jungen Manne bestanden seit einem Jahre Schmerzen im linken Oberschenkel, besonders vorn, in weit geringerem

Maße im rechten, welche nur auftreten, wenn Pat. nach längerer Ruhe zu gehen anfängt, und die beim Gehen nach einiger Zeit wieder verschwinden; später treten sie auch beim Zurücklegen größerer Strecken auf; auch bei aufrechtem Stehen bricht der Schmerz bei einer bestimmten Haltung hervor. Im Liegen verschwinden alle schmerzhaften Empfindungen gänzlich. Der größte Teil der Außenseite und auch die mittleren Partien der Vorderseite des linken Oberschenkels zeigen Abnormitäten der Hautsensibilität. Der N. femoralis ist dicht unterhalb des Leistenbandes auf Druck schmerzhaft. Derselbe wird hier freigelegt; es fand sich, daß das Ligamentum inguinale resp. ileo-pectineum mit einem scharfen Rande fest dem Nerven auflag und einen nicht unbedeutenden Druck auf ihn ausübte. Dieser scharfe Rand wird eingekerbt, der Nerv durch Dazwischenschieben des Fingers zwischen ihn und Ligament ganz vom Drucke befreit. Danach schwinden die Beschwerden völlig. Der Fall beweist, daß es sich bei dieser Meralgie nicht um einen entzündlichen oder toxischen, sondern einen mechanisch-irritativen Zustand des N. femoralis und cutaneus femoralis lateralis handelte, bedingt durch eine Anomalie des Leistenbandes. **Haeckel** (Stettin).

42) **E. A. Heiking.** Über die chirurgische Behandlung der angeborenen spastischen Paraplegie.

(Boln. Gaseta Botkina 1903. Nr. 7 u. 8. [Russisch.])

H. behandelte 24 Fälle der Little'schen Krankheit, davon 8 schwere. In einem Viertel der Fälle sah er Nystagmus und Strabismus convergens, in 10 Fällen Dysarthrie bulbären Ursprunges. 19mal waren in der Anamnese Unregelmäßigkeiten der Geburt vermerkt. Therapie: Durchschneidung der spastisch kontrahierten Sehnen, Gipsverband, später Massage und Gymnastik. H. ist mit den erhaltenen Resultaten sehr zufrieden. **Gückel** (Kondal, Saratow).

43) **J. Schoemaker.** Die Reposition einer veralteten pathologischen Hüftgelenksverrenkung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 204.)

Sehr schöner therapeutischer Erfolg, von S. bei einem 23jährigen Mädchen erzielt, welches nach einer vor 13 Jahren überstandenen akuten Krankheit (Typhus?) zu hinken begonnen hatte, und zwar ähnlich wie Patienten mit angeborener Verrenkung. Einer Hüftverrenkung entsprach auch der klinische Befund (Bein 6 cm verkürzt, entsprechender Hochstand des Trochanters) und das Röntgenbild, welches außerdem aber lehrte, daß Hals und Kopf des Schenkels, ferner auch die Hüftpfanne sehr wohl gebildet vorhanden waren. Daraufhin wurden in Narkose die unblutigen Repositionsversuche, bestehend in starker Extension, dann Flexion, Abduktion, Circumduktion unternommen, welche zum Ziele führten. Der reponierte Schenkel wurde in Abduktionsstellung eingegipst, und fing Pat. nach Nachlaß der zunächst eingetretenen Schmerzen zu gehen an. In der Nachbehandlung noch wiederholte Gipsverbände mit schrittweis verringerter Abduktion. Daß hier die Reposition nach so langer Frist noch möglich war, ist jedenfalls durch relative Gutartigkeit der früheren Gelenkserkrankung, die im wesentlichen nur in starker Gelenkkapselerweiterung durch ein wahrscheinlich rein seröses Exsudat bestanden haben kann, begründet. Sicher wird auch in diesem Falle die lange leer gewesene Gelenkpfanne mit bindegewebigen Schwartenmassen besetzt gewesen sein, aber der durch die Repositionsmanöver auf sie herabgezogene Schenkelkopf, befestigt durch die stark angespannte Trochanterenmuskulatur, hat jedenfalls durch Druck dieselben zum Schwinden gebracht, wobei auch der aktive Gehakt von zweifelloser Mitwirkung war. Daß die unblutige Reposition solcher Verrenkungen der blutigen (nach Payr, Schede etc.) unbedingt überlegen ist, liegt auf der Hand (doch dürfte die Gelegenheit zu ihnen nicht oft geboten sein, Ref.). **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

44) K. Maydl. **Die operative Therapie irreponibler Hüftgelenksverrenkungen.**

(Časopis lékařů českých 1903. Nr. 1 u. 2.)

M. berichtet über seine Erfahrungen bei veralteten Hüftverrenkungen unter Benutzung des überaus reichen Materiales seiner Klinik. Der Bericht umfaßt 19 Fälle traumatischer Entstehung aus den letzten 10 Jahren; hierzu kommen noch fünf pathologische Verrenkungen. Von den ersteren Fällen blieben fünf unbehandelt, teils wegen Marasmus, teils wegen genügender Funktion der affizierten Extremität, teils wegen Ablehnung des blutigen Eingriffes seitens der Pat.; in vier Fällen gelang noch die subkutane Reposition, zweimal bei Luxatio ischiadica (14 Tage und 7½ Wochen alt) und zweimal bei Luxatio obturatoria (17 Tage und 8½ Wochen alt). Die zehn restlichen traumatischen und fünf pathologischen Fälle wurden auf blutigem Wege operiert; von diesen starb einer unter den Symptomen einer Scarlatina. Zur Anwendung gelangte teils die Arthrotomie mit Einrichtung des Schenkelkopfes, teils die Resektion unter Benutzung des hinteren resp. vorderen Längsschnittes über den verrenkten Schenkelkopf. Diese 15 Fälle verteilen sich in folgender Weise:

Luxatio iliaca:	7 Fälle	(von 14 Tagen bis zu 4 Jahren),
» ischiadica:	4 »	(von 5 Wochen bis zu 5 Monaten),
» pubica:	1 Fall,	
» obturatoria:	3 Fälle	(von 7 Wochen bis zu 8 Monaten).

Zwei Fälle sind wegen der pathologisch-anatomischen Verhältnisse von größter Bedeutung. In beiden hatte sich um den verrenkten Schenkelkopf eine knöcherne Schale gebildet, in welcher sich der unversehrte Kopf wie in einer Pfanne bewegte; nach Wegmeißelung der knöchernen Umhüllung gelang die Reposition in die alte Pfanne, die im ersten Falle unverändert, im zweiten Falle aber von Binde- und Knorpelgewebe ausgefüllt war. M. erklärt sich das Zustandekommen der knöchernen Umhüllung in folgender Weise: der Schenkelkopf hat bei seiner Rückwärtsbewegung einen Periostlappen abgelöst, der dann den Kopf umhüllte, wobei er ihm mit seiner ossalen Fläche anlag und der Ausgangspunkt der Ossifikation wurde.

G. Mühlstein (Prag).

45) Haedke. **Blutige Reposition einer irreponiblen Hüftluxation.**

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 359.)

H. führte die genannte Operation im chirurgischen Stadtlazarett zu Danzig an einem 14jährigen Arbeitsburschen, welcher sich vor 10 Wochen durch Verschüttung mit Erdmassen beim Umkippen einer Lowry die Verrenkung zugezogen hatte und ohne Behandlung geblieben war, aus. Typische Luxatio iliaca mit 5 cm zu hohem Stande des großen Trochanters. Da ein zweimaliger unblutiger Einrenkungsversuch in Narkose erfolglos geblieben, Bloßlegung des gut in seiner Form erhaltenen Schenkelkopfes mit Hilfe des Kocher'schen Resektionsschnittes. Mobil wird derselbe erst nach ausgedehnter Ablösung der Muskelansätze vom Trochanter und einrenkbar, nachdem auch in diesem Falle vorgefundene reichliche Bindegewebsschwartenmassen aus der Pfanne mit ziemlichem Kraftaufwande ausgelöffelt waren. Der Kapselriß fand sich im hinteren unteren Kapselteile, die Pfanne zeigte nach Entfernung der Schwielenmassen einen sehr gut konservierten Knorpelbelag. Katgutmuskelnähte, Jodoformgazetamponade, Naht der Hautwunde, Streckverband, völlig ungestörte Wundheilung mit vortrefflichem Endresultat, guter Gehfähigkeit, Beweglichkeit, ohne Verkürzung.

H. zieht die sonst publizierten Parallelfälle kurz zum Vergleiche heran und lobt die von ihm nach dem Vorgange von Payr benutzte Schnittführung nach Kocher.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

46) M. Haedke. **Zur Ätiologie der Coxa vara.**

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 89.)

Beobachtung aus dem chirurgischen Stadtlazarett zu Danzig (Prof. Barth), betreffend einen 17jährigen Knecht, bisher gesund, im letzten Frühjahr mit Hüft-

schmerzen erkrankt und im Herbst mit typischer Coxa vara aufgenommen, wobei hervorzuheben, daß am übrigen Skelet keine Zeichen von Rachitis vorhanden waren. Das übrigens mit gutem Erfolg ausgeheilte, durch Hüftresektion gewonnene Knochenpräparat wird in einer kolorierten Tafel abgebildet und makro- und mikroskopisch genau beschrieben. Der Kopf ist pilzförmig nach unten verzogen, dem kleinen Trochanter genähert. Die Epiphysenlinie ist stark verändert, nur im unteren medialen Teil geradlinig, dann unterbrochen von dunkelroten Partien jungen Knochens, während kleinere und größere Inseln von bläulichem Knorpelgewebe zu beiden Seiten, besonders nach der Diaphyse hin, liegen geblieben sind — also der Rachitis eigentümliche Veränderungen. Auch mikroskopisch fanden sich in einer der Mitte des Kopfes entnommenen Lamelle sicher rachitische Abnormitäten, u. a. am Übergange des Epiphysenknorpels in die Diaphyse Verbreiterung der Zone der säulenartigen Knorpelzellenschichtung und Knorpelwucherung ohne Schichtung, maschenartige Einlagerung osteoider Substanz in den Knorpel etc. Hierin liegt die Bedeutung des Falles, der nicht als Coxa vara statica oder traumatica oder osteomalacica zu deuten ist, sondern eine in der Pubertätsentwicklung eingetretene sog. Spätrachitis darstellt, ein Verhalten, das in der Literatur bislang noch wenig beachtet ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

47) K. Thienger. Zur operativen Behandlung frischer, subkutaner Patellarfrakturen durch offene Knochennaht.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Im allgemeinen Krankenhause zu Nürnberg wurde in den letzten Jahren sechsmal die offene Naht des Kniescheibenbruches ausgeführt. Als Nahtmaterial wurde durchweg Silberdraht verwendet. Die Nachbehandlung wurde ganz besonders sorgfältig durchgeführt. Nach dem ersten Verbandwechsel wird schon zweibis dreimal wöchentlich Massage angewandt, die Fixierung des Beines erfolgt in einer suspendierten dorsalen Gipshanfschiene. Nach 4 Wochen steht Pat. mit einem das Knie fixierenden Verbande auf und wird täglich massiert.

In allen Fällen wurden sehr gute funktionelle Resultate erzielt, weshalb Verf. sich den Anhängern der offenen Naht der subkutanen Patellarfrakturen anschließt.

Blauel (Tübingen).

48) W. W. Sender. Ein Fall von beiderseitiger Fraktur der Fibulaköpfchen.

(Russkij Wratsch 1903. Nr. 8.)

Pat., 28 Jahre alt, geriet in das Rad einer Maschine, etwa 1 m vom Boden entfernt und wurde zweimal umgedreht, wobei er beide Male stark mit den Hacken auf den Boden aufschlug. Er konnte darauf nicht mehr stehen. Befund nach 4 Wochen: Beide Füße in der Lage eines Equino-varus. Skiagraphie: Links ist das Köpfchen der Fibula in drei Stücke zerbrochen, rechts im ganzen abgerissen; Abstand des Köpfchens von dem Fibulakörper links ein Querfinger, rechts zwei Querfinger. Beide Nn. peronei zerrissen. Die Frakturen waren also infolge Hyperextension entstanden. S. versuchte links den Peroneus zu nähen, konnte aber die Nervenenden nicht finden. Naht der Knochenenden; doch ging die Naht auseinander. Gipsverband. Heilung. Gang typisch für Paralyse der Nn. peronei.

Gückel (Kondal, Saratow).

49) F. Fraenkel. Über die Behandlung der Varicen der unteren Extremität durch Ausschälung nach Madelung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Im städtischen Krankenhause zu Nürnberg wird seit ca. 3½ Jahren die Madelung'sche Ausschälung der Varicen prinzipiell als Operationsverfahren bei den schweren Formen der Krampfaderbildung ausgeübt. Dabei werden nicht nur die Venengeflechte am Unterschenkel, sondern auch die Vena saphena magna bis dicht

unter ihre Einmündung in die Vena femoralis entfernt. Zur Verhütung von Hautnekrosen werden ausgedehntere Unterminierungen der Haut vermieden, lieber weitere Nebenschnitte dem Hauptschnitte hinzugefügt.

Es wurden auf diese Weise 35 Exzisionen von Varicen an 30 Pat. vorgenommen. Die Operationswunde war bei sämtlichen Fällen bei der Entlassung geheilt. Über 21 Fälle liegen Nachuntersuchungen vor, wonach dreimal die Operation nicht den gewünschten Erfolg hatte. In zwei Fällen war nur eine Besserung erzielt, während das Resultat bei den übrigen 16 Fällen als ein voller Erfolg zu bezeichnen ist. Zu bemerken ist, daß die großen, oft 60—70 cm langen Narben niemals eine Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit hervorgerufen haben.

Blauel (Tübingen).

50) C. Schirren. Ein Beitrag zur Achillodynia syphilitica.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 132.)

29jähriger Kaufmann, vor 3 Jahren luetisch infiziert, später viel »rheumatische« Beschwerden, die aber durch Schmierkuren beseitigt waren. Jetzt seit Monaten Achillodynie, erst links, dann auch rechts, hier aber weniger beschwerlich. Außerdem hatte sich eine gänseeigroße Geschwulst im rechten M. splenius capitis et colli gebildet. Zu beiden Seiten der linken Achillessehne deutliche druckempfindliche Anschwellung, die auf dem Röntgenbilde einen wolkigen Schatten gibt. Antisyphilitische Kur beseitigte die Achillodynie völlig, während die Nackengeschwulst nur wenig kleiner und härter wurde. Eine spätere Operation erwies sie als ein Fibrom. Nach der eigenen Beobachtung geht S. kurz die Literatur der Achillodynie durch. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

51) G. Zander. Apparat zur Behandlung von Klump- und Plattfüßen.

(Ärztliche Polytechnik 1902. Dezember.)

Der Apparat dient zur Übung der Pronations- und Supinationsbewegung mit oder ohne Dorsal-Plantarflexion, sei es mittels rein aktiver Widerstandsbewegungen, sei es mittels halb aktiver und halb passiver Pendelbewegung. Er besteht im wesentlichen aus einem Stativ, einem Fußbügel mit eiserner Sohle zum Befestigen des Fußes, Kettenübertragungen zur Erzielung der entsprechenden Bewegungen, Kuppelungen für gleichzeitige Pronation-Supination mit Flexion-Extension und dem Hebel mit verstellbaren Gewichten.

Eine Figur im Original macht die Anwendung des Apparates sofort klar, welcher mehr für Füße Erwachsener, weniger für Kinderfüße zu dienen scheint.

E. Fischer (Straßburg i/E.).

52) Mauclaire. Morsure de cheval. Tétanos.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 43.)

Durch den Biß eines Pferdes waren beide Vorderarmknochen des Pat. zertrümmert. Trotz subkutaner Palliativinjektion von Tetanusserum brach Tetanus aus und bestand 25 Tage. Therapie: drei weitere Seruminjektionen, drei Aderlässe zu 150—250 g, täglich 12 g Chloral. Heilung.

M. hat unter 12 Tetanusfällen zwei heilen sehen. Bei dem einen wurde das Serum ins Gehirn gespritzt. Bei dem zweiten, eben mitgeteilten, glaubt er »auch« den Aderlässen eine günstige Wirkung zuschreiben zu müssen.

V. E. Mertens (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorausbezahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 26. **Sonnabend, den 27. Juni.** **1903.**

1) **Albers-Schönberg.** Die »Röntgentechnik«. Lehrbuch für Ärzte und Studierende.

Hamburg, **Lucas Gräfe & Sillem**, 1903. 264 S.

Unser bedeutendster deutscher Praktiker auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen ist unstreitig der Verf. obigen Lehrbuches, das wohl allen, welche auf diesem Gebiete arbeiten, sehr erwünscht kommt; die früheren Lehrbücher sind durch das rasche Vorwärtsschreiten der technischen Verbesserungen des Röntgenapparates — besonders nach der Erfindung des elektrolytischen Unterbrechers — überholt, und es war wirklich ein dringendes Bedürfnis nach einem

neuen Lehrbuche vorhanden; daß dasselbe gerade von der Seite kam, war allen sehr willkommen.

Das Buch stammt aus der Praxis und ist für die Praxis berechnet, theoretische Auseinandersetzungen sind auf das geringste Maß gesetzt. Vielleicht bringt uns in dieser Beziehung die zweite Auflage mehr; Ref. hat wenigstens bei recht vielen Kollegen, die sich mit der Röntgenuntersuchung beschäftigen, das Bestreben gefunden, sich über die Elektrizitätslehre, speziell über die Induktionsströme zu informieren. Den Dank dieser Lernbegierigen wird Verf. sich erwerben, wenn er in einer späteren Auflage in dieser Beziehung etwas mehr bringt.

Das Buch selbst zerfällt in zwei Teile; in dem ersten Teil p. 1—118 wird zunächst das Röntgeninstrumentarium, Unterbrecher, Induktor, Widerstände besprochen; dann wendet sich Verf. zur Röntgenröhre, vielleicht dem wichtigsten Teil des Instrumentariums. In diesem Kapitel zeigt sich schon der große Praktiker, die Winke, die A.-S. für die Benutzung der Röhre gibt, sind sehr beherzigenswert; wer sich nach ihnen richtet, wird vor manchen Enttäuschungen bewahrt bleiben und gute Röhren von langer Lebensdauer besitzen.

Das folgende Kapitel des Blendenapparates ist das jüngste Arbeitsgebiet des Verf., seine Kompressionsblende ermöglicht Aufnahmen, die bis dahin nicht glücken wollten; vielleicht gelingt es auch dem Verf., den Preis des Blendenapparates herabzusetzen, um so eine größere Verbreitung dieses so wertvollen Teiles des Röntgeninstrumentariums zu ermöglichen.

Die letzten Kapitel des ersten Teiles sind dann der Besprechung der Einrichtung des Laboratoriums, der Dunkelkammer und dem photographischen Verfahren, sowie der Schutzvorrichtung zur Vermeidung der Schädigungen von Untersuchern und Untersuchten gewidmet.

Im zweiten Teil der Monographie (p. 119—204) werden eingehend die photographischen Aufnahmen der verschiedenen Körperregionen besprochen; zum Referat eignen sich diese Kapitel wenig; Ref. kann ihr Studium jedem nur sehr ans Herz legen.

Den Schluß bildet das Kapitel über Durchleuchtung, Orthodiagraphie und Stereoskopie.

Ein Kapitel fehlt in der sonst so vollständigen Monographie, das der Röntgentherapie; dasselbe dürfte recht vermißt werden. Hoffentlich bringt auch hierin die zweite Auflage einiges.

Das Buch dürfte sich in kurzem viele Freunde erwerben; Verf. ist redlich bemüht, denen, welche sein Werk studieren, einen großen Gewinn zu verschaffen, er will allen Wünschen gerecht werden, ja er ist, wie er am Schlusse des Vorwortes sagt, auch bereit, allen, die durch sein Buch noch nicht genügend belehrt werden, schriftlich Auskunft zu erteilen; es wäre wünschenswert, das von dieser Anregung reichlich Gebrauch gemacht würde. **H. Wagner** (Breslau).

---

2) **B. Heile.** Über die tuberkulösen Knocheninfarkte.

(Orth-Festschrift 1903.)

Seit den Arbeiten von Volkmann und König gilt es wohl ziemlich allgemein als Tatsache, daß es sich bei der Bildung der tuberkulösen Knochenherde um keilförmige Infarktbildungen, auf dem Blutwege auf thromboembolische Weise entstanden, handelt. König nimmt an, daß diese verstopfenden, das ernährende Gefäß abschließenden Pfröpfe aus der Lunge stammen, wo es demnach zu einem gröberen Einbruch tuberkulöser Massen gekommen sein muß. Orth hat sich demgegenüber schon 1897 in der seinem Vater gewidmeten Festschrift dahin ausgesprochen, daß ein derartiger Käsepfropf wohl nicht ohne Gefahr einer Miliartuberkulose im Blute kreisen könne, und daß man sich andererseits wohl vorstellen könne, daß diese Knochenherde durch eine von verschleppten Bazillen, die einzeln durch die Schleimhäute etc. in den Kreislauf gelangen können, erzeugte Arterienwandtuberkulose entstehen, mit zunächst sekundärer Verschleppung von Bazillen aus diesem Herd in das peripherische Kapillargebiet und schließlichem Verschluß der Arterienlichtung mit folgender Sequesterbildung. Die klinische Wichtigkeit der Frage, ob der Herd am Knochen eine Teilerscheinung einer Tuberkulose, die mit Einbruch tuberkulöser Massen in die Blutbahn einhergeht, ist, oder ob er ein primärer ist, liegt auf der Hand. H. hat nun 5 solcher tuberkulöser Infarkte an vielen hundert Serienschnitten untersucht und gefunden, daß in der Tat die Lichtung der die infarzierte Stelle ernährenden Gefäßen (Arteria et Vena nutritia, Periostgefäße) verlegt zu sein pflegt, daß aber nirgends etwas von Embolis zu sehen ist, sondern daß es sich nur um den Ersatz der Gefäße durch tuberkulöses Granulationsgewebe handelt. Außerdem ergab sich, daß schon vor dem Gefäßverschluß das Fettmark in tuberkulöse Granulationen unter Arrosion des Knochens umgewandelt sein mußte, da man auf andere Weise die Bildung dieser tuberkulösen Granulationen an Stelle des Fettmarks nicht erklären kann. Bei einem primären Verschluß durch Embolus müßte das betroffene Fettmark noch als solches erkennbar geblieben sein, der Knochen hätte im infarzierten Bezirk nicht arrodiert werden können. Die von Orth angenommene Endarteriitis erklärt alle Bilder ganz ungezwungen, sie läßt sich aber aus den H.'schen Schnitten nicht sicher erweisen. Jedenfalls glaubt H. nachgewiesen zu haben, daß für seine 5 Fälle der von König angenommene Vorgang nicht zutrifft, und daß es sich auch bei diesen Knochenherden um primäre tuberkulöse Erkrankungen handeln könne.

Bertelsmann (Hamburg).

---

3) **G. Meyer.** Erste ärztliche Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen und Unfällen.

Berlin, **August Hirschwald,** 1903. 438 S.

Das Buch ist Friedrich von Esmarch zu seinem 80. Geburtstage gewidmet und enthält eine Darstellung aller wichtigen Hilfeleistungen bei plötzlichen Erkrankungen und Unfällen. Der Stoff ist nach Sondergebieten der Heilkunde geordnet und die einzelnen Kapitel sind in Form von Vorlesungen klar und fesselnd von hervorragenden Autoren bearbeitet. Der Reihe nach werden so besprochen: Die Hilfeleistungen bei chirurgischen Erkrankungen von Excellenz von Bergmann, die inneren Krankheiten von weil. Geheimrat Gerhardt, bei Vergiftungen von Geheimrat Liebreich, bei Frauenleiden und in der Geburtshilfe von Geheimrat Martin. Das Schlußkapitel über Hilfeleistungen bei Bewußtlosen und Scheintoten wurde vom Herausgeber selbst bearbeitet. Einige Mal finden sich Wiederholungen.

Das Werk gestattet dem Arzt, sich nötigenfalls richtig und rasch zu orientieren und dann sein Handeln zu einem zielbewußten zu gestalten. Es ist zu wünschen, daß dieses Buch zu weiter Verbreitung unter Studierenden und Ärzten gelangt. **Neck** (Chemnitz).

---

4) **Senn** (Chicago). Der erste Hilfsverband auf dem Schlachtfelde.

(Vortrag, gehalten auf dem internationalen medizinischen Kongreß in Madrid.)

Auf Grund seiner Erfahrung aus der Civilpraxis, sowie der während des spanisch-amerikanischen Krieges gemachten Beobachtungen hat S. einen einfachen, zweckmäßigen ersten Hilfsverband zusammengestellt, der seiner Meinung nach allen Anforderungen auf dem Schlachtfelde entspricht.

Die Wunden durch kleinkalibrige Metallmantelgeschosse sind praktisch als aseptisch anzusehen; daher ist eine konservative chirurgische Behandlung unbedingt am Platze, die Sondenuntersuchung meist zu verwerfen, den Verband zeitig anzulegen und erst nach Heilung der Wunde abzunehmen. Der erste Verband soll einfach sein, so daß auch eine ganz ungeübte Hand ihn auf dem Schlachtfelde anlegen kann; das Material darf die Verdunstung der Wundsekrete nicht verhindern, die verwandten Antiseptika müssen chemisch unverändert bleiben, der Verband darf sich nicht verschieben, und muß seine Verpackung leicht und handlich sein.

Der S.'sche Hilfsverband besteht aus einer 4 Zoll breiten und 4 Zoll langen Kompresse aus hydrophiler Gaze und Watte, an welcher eine 4 Zoll breite und 2 Yard lange sterile Gazebinde angebracht ist und an deren Ende zwei Sicherheitsnadeln stecken. Die Kompresse liegt in zwei Hüllen, einer inneren aus Paraffinpapier und einer äußeren aus wasserdichtem Leinenstoff; auf dem letzteren ist

die Gebrauchsanweisung gedruckt; eine zweite gleiche Kompresse liegt auf der ersten beschriebenen Kompresse, mit ihr durch zwei Fäden befestigt; über jeder Kompresse sind zwei Heftpflasterstreifen angebracht, 8 Zoll lang, welche die Kompresse über der Wunde festhalten; auf jeder Kompresse markiert in der Mitte ein Fleck mit Jodtinktur die Stelle, die auf die Wunde appliziert werden soll, und unter welcher 2 g Borsalicylpulver (4 : 1) sich befindet; die zweite Kompresse kann leicht abgetrennt werden, falls der Verletzte eine zweite Wunde hat. Der überflüssige Teil der Binde ist event. als Schlinge zu benutzen. Alles ist so angeordnet, daß jeder die Anwendung sofort begreifen muß; das Päckchen wiegt nur einige Gramm und ist außerordentlich handlich. Die Erfahrungen, welche mit einem solchen Verbande auf Cuba gemacht wurden, waren außerordentlich gute.

Der erste Verband kann natürlich nicht jede Infektion verhüten der Schuß an und für sich ist nicht aseptisch; er wirkt indifferent auf das Gewebe, wenn nicht später eine sekundäre Infektion hinzutritt. — Je größer die Wunde, desto größer natürlich die Infektionsgefahr, ebenso wenn das Geschoß, bevor es in den Körper eingedrungen, den Boden gestreift hat. Bei Magersfontein (Südafrika) wurden in kürzester Zeit 500 englische Verwundete mit einem ähnlichen ersten Hilfsverbande von den englischen Ärzten prompt und mit außerordentlichem Erfolge auf dem Schlachtfelde behandelt. Da man bei großen, verlustreichen Schlachten nicht immer auf genügend ärztliches Personal rechnen kann, so muß der erste Verband bei solchen Gelegenheiten dem Soldaten selbst überlassen werden, der vorher über den richtigen Gebrauch orientiert werden muß. Engländer und Amerikaner haben sich in dieser Beziehung sehr anstellig gezeigt. Blutstillung soll möglichst ohne elastische Binde geschehen, welche mehr Schaden als Nutzen gestiftet hat; die Gefahr der Gangrän ist hierbei zu groß; die Blutungsgefahr ist bei den kleinkalibrigen Geschossen übrigens weit geringer als früher; nur 5% gefährliche Blutungen kommen bei ihnen zur Beobachtung; Digitalkompression, Beugung des Gliedes, Tamponade etc. sind hier am Platze; zum Fixationsverbande muß man ex tempore alles mögliche zu benutzen verstehen. Der Transport der Verwundeten ist von großer Wichtigkeit; es muß eine gute Verbindung zwischen Schlachtlinie und dem ersten Sammelhospital hergestellt werden. Die Verwundeten auf dem Schlachtfelde können durch eine schnell aufgeworfene Schanze von nur geringer Höhe gut geschützt werden; sie sind dort oft sicherer als auf dem Transport; nach Griffith schützt schon ein Wall von 11 Zoll vor dem Eindringen der kleinkalibrigen Geschosse. Bei einem Rückzuge soll das Feldhospital mit Insassen und Sanitätspersonal auf seinem Platz bleiben, geschützt durch die Genfer Konvention.

An Instrumenten soll der Militärarzt so wenig als möglich mit sich tragen, doch soll alles da sein, um jede rettende Operation zu

ermöglichen. Das militärärztliche Besteck hat S. nach langjährigen Erfahrungen folgendermaßen zusammengestellt: Sämtliche Instrumente sind zusammengerollt in einer Tasche aus Segeltuchleinwand, in der sie ihre durch Dintendruck bezeichneten Plätze haben; die Instrumente werden in dieser Tasche sterilisiert; eine zweite gleiche Tasche befindet sich in dem tragbaren Lederköfferchen, für den Fall, daß die erste Tasche momentan nicht benutzbar sein sollte; das Lederköfferchen ist aus weichem Leder, mit abgerundeten Ecken, und besitzt zwei Abteilungen, eine für die Instrumente und eine für die Reservetasche. Das Instrumentarium enthält: 11 Kocher'sche Unterbindungspinzetten, 1 Nadelhalter, 1 schmales, 1 gerades Skalpell, 1 gerades, 1 gekrümmtes Bistouri, 1 kleines Tenatom, 1 Tenaculum, 1 gerade Schere, 1 gekrümmte Schere; 1 Maclean'sches Amputationsmesser, 1 Knochenschere, 1 stumpfen Haken, 1 Senn'sche Säge mit Schutzblatt, 1 anatomische Pinzette, 1 scharfen Haken, 1 Knochen- und 1 Hohlmeißel, 1 scharfen Löffel, 1 Elevatorium, 1 Senn'sche Kugelzange, 1 Senn'sche Kugelsonde, 2 gewöhnliche Sonden, 1 Trokar, 12 Silkwormfäden, 12 Nadeln, 2 Strähne Seide, 1 Rolle Silberdraht, 6 Nadeln für Darmnähte. Die Messer sind in 2 Schutzkästen untergebracht, in welchen die Schneiden bedeckt sind; die Tasche ist 19 Zoll lang und wiegt nur wenige Pfund. Diese Tasche hat sich im cubanischen Feldzuge sehr bewährt.

Verf. faßt am Schlusse seiner umfangreichen Arbeit, welche demnächst in deutscher Übersetzung erscheinen wird, seine wesentlichen Punkte in folgende 25 Sätze zusammen:

1) Die Hauptpflicht des Militärarztes hinter der Schlachtlinie besteht darin, den Soldaten gegen Infektion zu schützen und für einen frühen Verband zu sorgen. 2) Die vorherige Desinfektion der Wunde ist nicht nur überflüssig, sondern schädlich. 3) Die Grundsätze der modernen Schußwundenbehandlung wurden von v. Bergmann und Reyher während des russisch-türkischen Krieges aufgestellt, und sind im großen und ganzen auch heute noch die gleichen. 4) Die Militärchirurgie ist und bleibt eine Notchirurgie; alle Maßregeln müssen hier infolgedessen einfach und praktisch sein. 5) Absolute Asepsis ist weder möglich noch nötig. 6) Der erste Verband muß so klein als möglich sein. 7) Die hierbei verwandten Materialien sollen hygroskopisch und antiseptisch sein; sie sollen das rasche Austrocknen der Wundsekrete nicht verhindern und daher kein wasserdichtes Papier etc. enthalten. 8) Die benutzten Antiseptika sollen nicht toxisch sein, dürfen sich weder verflüchtigen noch chemisch verändern. 9) Borsalicylpulver 4 : 1 ist das zweckmäßigste Antiseptikum für den Verband. 10) Jeder erste Verband soll zwei kleine Heftpflasterstreifen enthalten, welche den Verband an der Wundstelle befestigen. 11) Die Gazebinde muß mit der Kompresse verbunden sein und hat an ihrem Ende zwei Nadeln. 12) Die Gazebinde tritt an Stelle des dreieckigen Esmarch'schen Tuches. 13) Die infolge des Austrocknens der Wundsekrete sich bildende Kruste

bildet einen wirksamen Schutz und Schluß der Wunde. 14) Watte ist im allgemeinen der Gaze vorzuziehen. 15) Schußwunden sind praktisch aseptisch. 16) Nichts soll in Berührung mit der Wunde selbst gebracht werden vor dem Anlegen des ersten Verbandes. 17) Da in großen Schlachten die Zahl der Verwundeten zu groß ist, als daß für jeden einzelnen Fall auf ärztliche Hilfe zu rechnen wäre, so muß jeder Soldat imstande sein, einen ersten Verband selbst anzulegen. 18) Die Gummibinde als Blutstillerin ist mit wenig Ausnahmen zu verwerfen. 19) Die Verwundeten sollen während der Schlacht so wenig als möglich von ihrem Platze transportiert werden. 20) Der erste Verband muß so zeitig als möglich angelegt werden. 21) Wenn der Transport der Verwundeten aus der Schlachtlinie für dieselben zu riskant ist, so läßt man sie besser vorläufig an ihrer Stelle liegen. 22) Feldhospitäler dürfen bei dem Rückzuge nicht abgebrochen werden. 23) Zum ersten Verbande braucht man lediglich ein gutes Taschenmesser. 24) Der erste Verband bleibt meistens bis zur Heilung liegen. 25) Die Ärzte hinter der Schlachtlinie heften den Kranken an ihre Kleider einen Zettel an, auf welchen geschrieben wird, ob die Wunde infiziert ist oder nicht, sowie die Maßregeln, welche mit dem Verwundeten getroffen werden sollen.

Mandowsky, Lloydarzt.

---

5) **A. Wittek** (Graz). Weiland Hofrat Carl Nicoladoni als Förderer der orthopädischen Chirurgie.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

W. berichtet über die Verdienste seines verstorbenen Lehrers Nicoladoni auf dem Gebiete der orthopädischen Chirurgie. Es seien hier nur erwähnt die bekannten Arbeiten über Sehnentransplantation, über Skoliose, über den traumatischen Pes calcaneus und Cubitus varus, über den Zusammenhang von Wachstumsstörungen und Difformitäten, über den Hammerzehenplattfuß, über den Plattfuß überhaupt und über Ischias. Wir erfahren außerdem, welch hochachtbare Persönlichkeit Nicoladoni auch als akademischer Lehrer, als Arzt und als Vorgesetzter gewesen ist.

J. Riedinger (Würzburg).

---

6) **J. G. Chrysospathes** (Athen). Orthopädie oder Orthopedie?

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

In der Terminologie von Roth wird das Wort Orthopädie abgeleitet von *ὀρθός* und *παιδεία*. Unter *παιδεία* versteht man aber im Alt- wie im Neugriechischen Erziehung in geistiger, niemals in körperlicher Beziehung. Auch die Etymologie der Franzosen, welche das Wort Orthopédie ableiten von *ὀρθός* und *παῖς* ist eine gezwungene. Richtiger wäre es, das Wort Orthopädie zu bilden aus *ὀρθῶς* (gerade) und *πεδάω* (Festmachen, unbeweglich halten, hindern). »Wir beabsichtigen ja durch unsere Apparate oder Verbände, welche im Grunde genommen nichts anderes sind wie Fesseln,

kranke oder verwachsene Körperteile durch absolute oder relative Behinderung ihrer Bewegungen wieder gebrauchsfähig zu machen, was dem Wort πεδάω völlig entspricht.« (In seinem im Jahre 1741 in Paris erschienenen Buche »L'orthopédie ou l'art de prévenir, et de corriger dans les enfans les difformités du corps« gibt Andry an, daß er das Wort »Orthopédie« gebildet habe aus »orthos« [droit] und »paidion« [enfant]. Ref.) **J. Riedinger** (Würzburg).

---

7) **P. J. v. Modlinsky** (Moskau). Zur Korrektur der Rückgratsverkrümmungen.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

Nach Ansicht des Verf. darf der Behandlungsplan einer Wirbelsäulenerkrankung in seinem Grundprinzip nicht von dem bei analogen Prozessen an den Gelenken abweichen. Die Lösung dieser Frage ist aber trotz neuerer Arbeiten noch nicht sehr weit gediehen. In verschiedenen Punkten präzisiert nun Verf. seinen eigenen Standpunkt. So hat er auf die Immobilisation im Bett kein großes Vertrauen, trotzdem es unser Bemühen sein muß, die Wirbelsäule möglichst zu entlasten. Auch mit dem Gipsverband in der von Calot, Wullstein und dem Verf. empfohlenen Form ist eine völlig befriedigende Korrektur nicht zu erzielen. Die Schwierigkeit liegt in der Festhaltung des erzielten Resultats. Als das Ideal erscheint ihm vielmehr, bei der Spondylitis wie bei der Skoliose, die »portative Dekompression« mittels eines dem Gipsverband in seiner Wirkung gleichkommenden Apparates. Verf. hält es nämlich für geratener, langsam auf dem von Hessing angegebenen Wege und nicht forziert vorzugehen. Er selbst hat eine abnehmbare Prothese konstruieren lassen, welche er zur Prüfung vorlegt. Dieselbe läßt sich für alle Arten von Rückgratsverkrümmungen anwenden. Durch Extension zwischen Becken und Kopf wird der Rumpf resp. die Wirbelsäule gestreckt erhalten und immobilisiert. Ein zwischen Becken- und Kopfteil des Apparates eingeschalteter Zwischenteil gestattet die Anbringung von Pelotten an beliebigen Stellen zur Ausübung eines den individuellen Verhältnissen anzupassenden und genau regulierbaren seitlichen Druckes. **J. Riedinger** (Würzburg).

---

8) **A. Roth** (Budapest). Einige Bemerkungen über Peter Bade's »Prinzipielles in der Skoliosenfrage«.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

9) **P. Bade.** Zur Skoliosenbehandlungsfrage. Erwiderung auf die vorliegenden Roth'schen Bemerkungen.

(Ibid.)

Die Ausführungen Bade's auf dem vorjährigen Orthopädenkongreß, in denen auch des R.'schen Korsetts gedacht ist, veranlassen R. zu einer kritischen Darlegung derjenigen Punkte, in

denen er mit Bade nicht übereinstimmt. Dabei führt er die Theorie und Anwendungsweise seines Korsetts weiter aus. Seit der ersten Veröffentlichung R.'s sind einige Verbesserungen hinzugekommen, die ebenfalls beschrieben werden.

B. führt die Kritik weiter, indem er die Auffassung R.'s in den strittigen Punkten nicht anerkennt und die Berechtigung des forzierten Redressements, der maximalen Extension und der Eingipsung von Pelotten gegenüber der Anwendungsweise eines portativen Apparates im Sinne von Roth aufrecht hält.

In einer Nachschrift erklärt Hoffa, da er vielfach citiert wurde, daß eine wirkliche Redression einer Skoliose durch das R.'sche Korsett nicht zustande komme, daß letzteres aber sich vorzüglich eigne zur Festhaltung des durch das forzierte Redressement, durch Massage und Gymnastik erreichten Resultats.

J. Riedinger (Würzburg).

---

10) **J. Joseph.** Einige Bemerkungen zu dem Vortrage von Vulpius: »Dauerresultate des Redressements des spondylitischen Gibbus«.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

J. will nicht, wie Vulpius gelegentlich seines Vortrages auf dem ersten Kongreß der deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie bemerkte, den Pott'schen Buckel durch »Einkeilung der erweichten Wirbelkörper« strecken, sondern im Gegenteil durch Trennung der erkrankten Wirbelkörper und Übertragung der oberen Rumpflast auf die Wirbelbögen. Erst später, wenn die Wirbelbögen sich unter dem Druck der oberen Rumpflast entsprechend verkürzt und abgeplattet haben, tritt eine Kontaktsynostose der lebensfähig gebliebenen Abschnitte der Wirbelkörper ein.

J. Riedinger (Würzburg).

---

11) **H. L. Taylor** (New York). Endresultate nach der mechanischen Behandlung der Pott'schen Erkrankung. Deutsch von Lilienfeld.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

Im Jahre 1863 hat T. zum ersten Mal seinen Apparat zur Behandlung der Verkrümmungen der Wirbelsäule beschrieben und die Anwendung des biegsamen Stabes mit Aufzeichnung des Grades der Ausbiegung erläutert. Bis jetzt hat Verf. im ganzen über 600 Pat. mit diesem Apparat behandelt; 150 sind 5 Jahre und länger in Beobachtung geblieben, 40 konnten 10—37 Jahre verfolgt werden. Von diesen 40 Fällen war einer traumatischer Natur. Über die übrigen 39 Fälle faßt Verf. seine Erfahrungen folgendermaßen zusammen:

1) Die Anwendung der Rückenstütze hatte fast stets das sofortige Aufhören aller Schmerzen und anderer akuter Erscheinungen zur Folge, ebenso wie Besserung des Allgemeinbefindens.

2) In 33 Fällen trat Heilung der Erkrankung ein mit vorzüglichem Allgemeinbefinden, guter Figur und Funktion.

3) In der Hälfte der Fälle war das Resultat in Bezug auf die Deformität ein gutes. In 13 Fällen konnte eine Vergrößerung der Deformität verhindert werden, oder es wurde noch eine Verminderung erzielt.

4) In Bezug auf das Endresultat war die Lokalisation der Erkrankung ein wesentlicher Faktor. Der Halsteil der Wirbelsäule war am günstigsten, dann kam der Lendenteil und am wenigsten günstig war der Dorsalteil.

5) Es war notwendig, in den meisten Fällen die Rückenstütze noch lange nach erfolgter Heilung des Krankheitsprozesses tragen zu lassen infolge der Neigung, die die Wirbelsäule aus statischen Gründen zeigt, sich noch mehr zu verbiegen.

6) Die Ankylose tritt später und seltener auf, als man für gewöhnlich annimmt, und ist weniger umfangreich und schwächer.

J. Riedinger (Würzburg).

---

12) V. Blum. Die Coxa vara als Belastungsdeformität.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 4.)

Bei einem neunjährigen Kinde konnte die Diagnose auf Coxa vara mit Sicherheit gestellt werden. Die Ergebnisse der Röntgenphotographie zeigten ebenfalls, daß es sich um einen Fall von solcher Erkrankung mit Trochanterhochstand und vorwiegender Innenrotation handelte.

Was die Ursache für die Entstehung einer Coxa vara im vorliegenden Falle betrifft, so ist sie in einer übermäßigen Inanspruchnahme des betreffenden Beines zu suchen gewesen, welche ihrerseits wiederum durch eine tuberkulöse Koxitis der anderen Extremität mit konsekutiver Inaktivitätsatrophie bedingt war. Als begünstigendes Moment ist die in der frühesten Jugend überstandene Rachitis anzusehen, welche ja auch schon allein imstande ist, eine Schenkelhalsverbiegung hervorzurufen. Indessen spricht Verf. dieser Erkrankung nur eine untergeordnete Bedeutung zu; die Hauptursache ist die einseitige Einwirkung der Rumpflast auf das eine Bein während der Heilung des tuberkulösen anderen. B. fand bei seinen Studien auch an vielen Skeletten, bei welchen aus verschiedenen Gründen Atrophien der einen unteren Extremität bestanden, eine mehr oder minder hochgradige Coxa vara der anderen Seite beschrieben und konnte dasselbe an anderen Präparaten nachweisen. Da in den meisten dieser Fälle keine Zeichen einer überstandenen Knochenerkrankung an dem deformierten Oberschenkel nachweisbar waren, ist Verf. geneigt, die Entstehung dieser Fälle von Coxa vara ausschließlich auf die Einwirkung der außergewöhnlichen Belastung zurückzuführen. Er hält die Coxa vara überhaupt für eine statische Knochenveränderung und glaubt, daß sich in allen Fällen der schädigende Einfluß der Rumpflast nachweisen läßt. Zu den begünstigen-

den Momenten für ihre Entstehung gehören Rachitis, senile Osteoporose, Ostitis fibrosa, Osteomalakie, Tuberkulose und vor allem jugendliches Alter (Coxa vara adolescentium). **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

13) **Herhold.** Der funktionelle Plattfuß mit besonderer Berücksichtigung seines Entstehens durch Traumen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 336.)

Von »funktionellem« Plattfuß ist dann zu reden, wenn ein Fuß bei sitzender oder liegender Stellung seines Besitzers normale Formen zeigt, dagegen im Stehen und Gehen, zumal bei gleichzeitiger Körperbelastung, eine platte Form oder pronierte bezw. Valgusstellung annimmt. H. führt aus, daß in diesen Fällen ein Fußtrauma, Kontusion, Distorsion etc., sehr starke, früher nicht vorhanden gewesene Plattfuß-Erscheinungen und Beschwerden nach sich ziehen kann und berichtet mehrere hierfür beweiskräftige Fälle aus seiner militärärztlichen Praxis im Garnisonlazarett in Altona.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

14) **Cathelin.** Die epiduralen Injektionen durch Punktion des Sakralkanals und ihre Anwendung bei den Erkrankungen der Harnwege. Übersetzt von A. Strauss.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1903. 123 S. 30 Abbild.

Wenn man diese Schrift zu lesen beginnt, so könnte man glauben, daß hier ein Verfahren besprochen werde, das die gleichen Ziele verfolge wie die Bier'sche Cocainisation des Rückenmarkes, ohne dessen Nachteile zu besitzen; denn es werden die beiden Verfahren miteinander in Parallele gesetzt. In Wirklichkeit handelt es sich aber um zwei ganz verschiedene Dinge, die nur wenig Gemeinsames aufweisen. Da das C.'sche Verfahren, wie es scheint, in Frankreich einiges Aufsehen erregt hat, so ist es wohl angezeigt, auch in diesem Blatte das Wichtigste darüber mitzuteilen.

Es handelt sich um Injektionen verschiedener Flüssigkeiten, namentlich von Cocainlösungen und von physiologischer Kochsalzlösung, in den epiduralen Raum, d. h. in den Raum zwischen der Dura mater des Rückenmarkes und dem Periost des Wirbelkanals. Dieser Raum ist spaltförmig und im ganzen Verlauf des Wirbelkanals von vielen weiten unter sich anastomosierenden Venen durchsetzt; nur in seiner untersten Partie erweitert er sich. Der Duralsack hört in der Höhe des unteren Randes des zweiten Sakralwirbels auf; unterhalb dieser Stelle wird die ganze Breite des Wirbelkanals von dem epiduralen Raum eingenommen. Hier hinein macht denn auch C., und zwar durch den Hiatus sacralis, der nur von einer fibrösen Membran und der Haut bedeckt ist, seine Injektionen. Er nimmt an, daß in diesen Raum eingespritzte Flüssigkeiten von dem reichlichen Venennetz leicht und rasch resorbiert werden und stellt eine

Rechnung an, welche beweisen soll (?), daß der Raum eine 10mal größere Resorptionsfläche als das Unterhautbindegewebe bei den subkutanen Injektionen bietet.

Analgesie wie beim Bier'schen Verfahren läßt sich mit den C.'schen Injektionen nicht erzielen; sie haben ihre Anwendung vielmehr gefunden bei internen Affektionen, wie bei Ischias und anderen Neuralgien, und dann besonders auf dem Spezialgebiete C.'s, bei Krankheiten der Harnwege. C. führt 79 ausführliche Krankengeschichten an, welche die guten Resultate bei folgenden Krankheiten dartun sollen: bei Inkontinenz der Kinder und Erwachsenen, bei psychopathischer Inkontinenz, bei Pollutionen, bei Impotenz, bei Neurasthenie der Harnwege. Die Art der injizierten Flüssigkeit (meist Kochsalzlösung) spielt keine große Rolle; C. erklärt die Wirkung durch einen »Traumatismus«, einen Chok, der auf den unteren Teil des Rückenmarkes ausgeübt werde. Die Krankengeschichten weisen in der Tat oft (nicht immer) eine auffallende Besserung des Zustandes der Pat. nach wenigen Injektionen auf; allein wenn man bedenkt, daß es sich fast durchweg um nervöse Leiden handelt, die der Suggestion sehr zugänglich sind und bei denen durch alle möglichen Verfahren schon ähnliche Resultate erzielt wurden, und daß im übrigen die Methode zu anderen Zwecken nicht zu verwenden ist, so wird man zu der ganzen Geschichte den Kopf schütteln und hätte mit Karo (Monatsberichte für Urologie 1902 Hft. 4) hoffen mögen, »daß diese Methode niemals in Deutschland Eingang finden werde.

Fr. Brunner (Zürich).

---

15) **F. Cathelin.** Le cloisonnement vésical et la division des urines.

(Les actualités médicales.)

Paris, **Baillière et fils,** 1903. 96 S. 23 Abbild.

Das Prinzip des von C. zum getrennten Auffangen der beiden Nierenurine angegebenen Instrumentes ist folgendes: In einem mit Mercier'scher Krümmung versehenen katheterartigen Instrumente befindet sich an der konvexen Seite ein Führungsrohr. In diesem ist eine äußerst elastische, kreisförmig sich entfaltende Uhrfeder verborgen, auf der eine Gummi-Membran aufgespannt ist. Nach Einführung des Instruments in die Blase wird die Uhrfeder aus dem Führungsrohr vorgestoßen, die Membran entfaltet sich und soll die Blase wasserdicht in 2 Hälften teilen. Je ein Abflußrohr leitet den Urin aus jeder Hälfte nach außen.

Vor dem Luys'schen Instrument, bei dem sich die Membran in der Konkavität der Krümmung entfaltet, hat das C.'sche den Vorteil, daß bei ihm ein elastischer Kontakt mit der Blasenschleimhaut zustande kommt, während dort ein starrer Metallstab sich dem Blasenboden anschmiegen soll; andererseits den Nachteil, das die in dem Führungsrohr aufs äußerste zusammengedrückte Uhrfeder leicht ein-

mal springen kann, und man dann beim Vorschieben, ohne es zu bemerken, die spitzen Bruchstücke in die Blasenschleimhaut bohren würde.

Nachprüfungen über die praktische Brauchbarkeit des Instrumentes liegen noch nicht vor.

A priori läßt sich über das C.'sche und alle ähnlichen Instrumente sagen:

Die Bedürfnisfrage muß verneint werden, denn der Harnleiterkatheterismus löst seine Aufgabe in unübertrefflicher Weise. Die ihm angeblich anhaftende Infektionsgefahr für Niere und Nierenbecken ist durch die Mitteilungen Kümmell's, Casper's und vieler anderer, ganz vereinzelte Ausnahmen abgerechnet, widerlegt.

Der Reiz, den das lange Liegenlassen des voluminösen Instrumentes in der Blase, besonders der entzündeten, hervorruft, ist ein ungleich größerer, als der, den ein kunstgerecht und schnell ausgeführter Ureterenkatheterismus ausübt, bei dem dann die ganze zur Sammlung des Urins notwendige Zeit über nur die beiden Ureterenkatheter in der Blase liegen.

Die so häufige asymmetrische Gestaltung des Blasenbodens, infolge asymmetrischer Insertion der Harnleitermündungen, beim Manne ferner infolge Prostatahypertrophie, bei der Frau infolge der engen Beziehungen des Blasenbodens zu Gebärmutter und Scheide, das Vorhandensein einer stärker ausgebildeten Trabekelblase, lassen die sichere, wasserdichte Trennung beider Blasenhälften durchaus illusorisch erscheinen.

Die vorhergehende Cystoskopie kann, will man nicht vollkommen unsicher und im Dunkeln arbeiten, auch bei Anwendung des C.'schen Instrumentes nicht entbehrt werden. **Willi Hirt** (Breslau).

---

16) Cohn. Kann der Harnleiterkatheterismus durch Harnsegregatoren ersetzt werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. p. 362.)

Verf. hat die Urinseparatoren von Neumann, Downes, Luys und Cathelin in mehreren Fällen angewendet, um sie auf ihre Brauchbarkeit zu prüfen. Das Neumann'sche Instrument verursachte so große Schmerzen, daß jedesmal von dem Zuendeführen des Versuches Abstand genommen werden mußte. Auch die Anwendung des Downes'schen Apparates war überaus schmerzhaft, namentlich beim Manne, doch konnten Resultate erzielt werden, die, verglichen mit denen des Harnröhrenkatheterismus, die Brauchbarkeit des Instrumentes dartaten. Die von den französischen Autoren angegebenen Instrumente lieferten bisher dem Verf. keine brauchbaren Resultate, da auch bei diesen die Schmerzhaftigkeit eine so große war, daß die Untersuchung häufig unterbrochen werden mußte. Diesen Erfahrungen stehen solche von Lichtenstern gegenüber, welcher mit dem

Harnsegregator von **Luys** gute Resultate bei der Blase der Frau erzielte, und die von **Garrè**, welcher den Apparat beim Manne und beim Weibe als recht brauchbar schätzen lernte (cf. Therapeutische Monatshefte 1903 Januar).

Langemak (Rostock).

---

17) **Asakura.** Über das Vorkommen von Streptokokken in der normalen Harnröhre des Mannes.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XIV. Hft. 3.)

A. untersuchte bei 112 Männern die Harnröhre (jedoch nur bis in eine Tiefe von 1—2 cm) auf das Vorkommen von Streptokokken, und fand dieselben in 12%. Daneben fanden sich viele andere Mikroorganismen, nur 9 Fälle von 50 ergaben vollständige Sterilität.

Fr. Brunner (Zürich).

---

18) **O. H. Forssell.** Eine verbesserte Methode zum Nachweis von Tuberkelbazillen im Harn.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 276.)

F. empfiehlt folgende von ihm als ganz zuverlässig erprobte Methode. Ca. 1000 ccm Harn kommen für 24 Stunden in ein eigenes Sedimentiergefäß. Dasselbe ist ein 40 cm langer und 6 cm breiter Glascylinder, der sich unten plötzlich konisch auf 1 cm Breite verjüngt und hier durch einen gläsernen Drehhahn abgeschlossen ist.

Der nach 24 Stunden absedimentierte Bodensatz wird in zwei ebenfalls cylindrische und unten konisch zugespitzte Zentrifugenröhren gesammelt, und diese mit einer starken Zentrifuge (»Laktokrit« mit 7000, 8000 bis 10000 Drehungen pro Minute) 15—20 Minuten lang behandelt. Fast sämtliche Tuberkelbazillen sind dann in der Spitze der ersten Zentrifugenröhre gesammelt und leicht nachweisbar. Ist der Urin stark schleimhaltig, so hindert der Schleim das Herabsinken der Bazillen, welche dann an der Glaswand des Cylinders haften bleiben. In solchen Fällen soll der Harnschleim mittels einer Borsäure-Boraxlösung (12%) oder einer Sodalösung (5%) vor Anstellung der Probe aufgelöst werden. Das Sedimentieren des Harns in gewöhnlichen Spitzgläsern gibt nicht entfernt so gute Resultate wie F.'s Methode. Auch F. betont, daß der Harn nur bei Tuberkulose des uropoetischen Systems Tuberkelbazillen enthält, nicht etwa bei irgend welchen anderen inneren Tuberkulosen (Lungenphthise etc.). Was die Vortäuschung der Tuberkelbazillen durch Smegmabazillen betrifft, so ist zu betonen, daß letztere im Katheterharn nicht zu gewärtigen sind, bei natürlich gelassenem Harn meist nur bei Frauen und bei Männern mit langer Vorhaut. Auch sind verschiedentlich feinere morphologische Unterschiede zwischen beiden Bazillenarten beschrieben. Ferner gibt F. an, daß, wie er fand, nach Behandlung der zu untersuchenden Deckglaspräparate mit Karbolfuchsin und Salpetersäure eine drei Minuten lange Applikation von 50%igem Aceton-

alkohol die Smegmabazillen entfärbt, dagegen die Tuberkelbazillen nicht. Betreffs Kulturunterschiedes der beiden Bazillenarten fand er, daß Tuberkelbazillen auf sog. »Heydenagar« und »Heydenbouillon« wachsen, die Smegmabazillen dagegen nie. Zum Schluß steht ein Literaturverzeichnis mit einigen zwanzig Arbeiten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

19) **P. Asch.** Über das Schicksal der in die Nierenarterien eingebrachten Tuberkelbazillen.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XIV. Hft. 4.)

In gleicher Weise wie in früheren Versuchen (s. Zentralbl. f. Chir. 1902 p. 996) hat Verf. Tuberkelbazillenkulturen in die Artt. renales von Hunden injiziert. Danach trat in einem Teile der Versuche eine akute Erkrankung ein, der die Tiere schnell erlagen und bei der auch andere Organe als die Nieren tuberkulöse Veränderungen zeigten; in einem anderen Teile der Versuche war die Erkrankung chronisch, und es waren nur die Nieren tuberkulös erkrankt. Die Erkrankung der Nieren entsprach der Miliartuberkulose des Menschen durchaus, es war immer die äußerste Rindenschicht am frühesten und reichlichsten mit Tuberkeln durchsetzt. Stets fand eine Ausscheidung von Tuberkelbazillen durch den Urin statt, aber nicht kontinuierlich, sondern mit Unterbrechungen, woraus als praktisch wichtig folgt, daß der Urin bei Verdacht auf Nierentuberkulose wiederholt auf Tuberkelbazillen zu untersuchen ist. Die Frage, ob Tuberkelbazillen durch die gesunde Niere ausgeschieden werden, dürfte verneint werden.

Fr. Brunner (Zürich).

---

20) **M. A. Wassiljew.** Über den Einfluß der Resektion des Vas deferens auf den Tonus des Sphinkters der Harnblase.

(Russ. Archiv für Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1. 1903. [Russisch.])

Durch Beobachtung einschlägiger Fälle und das Studium der Physiologie der Harnentleerung ist W. auf den Gedanken gekommen, daß die Besserung, welche bei der Prostatahypertrophie nach den Sexualoperationen (Kastration etc.) eintritt, durch Minderung des Tonus am Sphinkter der Harnblase bewirkt sein könne.

Er versuchte deshalb an 17 Wunden den Einfluß der Resektion des Vas deferens auf den Sphinktertonus zu prüfen. Die Tiere wurden morphinisiert und laparotomiert. Ein Harnleiter wurde dicht an der Blase abgeschnitten und hier eine Kanüle eingeführt zum Füllen der Blase. Diese Kanüle fiel weg, wenn die Blase sich als stark gefüllt erwies. Durch den Blasenfundus wurde eine graduierte, 1 m lange Röhre gestoßen, die als Manometer diente. Nun wurde auf die Blase gedrückt und am Manometer in dem Moment abgelesen, wo der erste Tropfen aus der Harnröhre zum Vorschein kam. Nach erfolgter Resektion des Vas deferens wurde eine zweite Ablesung gemacht.

Es ergab sich, daß in fünf Fällen ein Unterschied nicht zu b merken war, in den übrigen zwölf aber ein solcher von 100—400 m gefunden wurde; am häufigsten, nämlich viermal, betrug er 200 m In sechs Fällen wurde auch nach dem Tode der Druck bestimmt: drei Fällen blieb er unverändert, es hatte also durch die Operati eine vollständige Erschlaffung des Sphinkters stattgefunden; in d drei übrigen Fällen fiel der Druck nach dem Tode weiter, der Sphin ter war also durch die Operation nur geschwächt worden.

Weiter konnte festgestellt werden, daß der Zeitraum zwisch Resektion und Eintritt der größten Schwäche des Sphinkters zwisch 2 und 13 Minuten schwankte. In vier Fällen sank der Ton momentan bei Beginn des Versuches (Einfluß des Traumas), sti dann wieder, um nach der Resektion abermals zu sinken.

Durch diese Versuche hält W. seine Überlegung für bewiese Er weist zum Schluß darauf hin, daß durch die Beseitigung d Sphinktertonus auch auf die Circulation der Blase und Prostata e günstiger Einfluß geübt werde, der für den Bestand der Besseru nach der Operation vielleicht von Bedeutung sei.

V. E. Mertens (Breslau).

---

21) **R. Proust.** Manuel de la prostatectomie périnéale po hypertrophie.

Paris, **C. Naud,** 1902. 190 S. 42 Fig. 6 Taf.

Die anatomische Schilderung legt Wert vor allem darauf, d im Operationsgebiete zwei »entfaltbare Räume« sich befinden (espac décollables), in denen man ohne Blutung in die Tiefe gelangt. D »espace rétrobulbaire« befindet sich, begrenzt nach hinten vom Ma darm, zwischen dem Musc. recto-urethralis und der Rhaphe, die g bildet wird durch die Vereinigung der vorderen Anal-Sphinkterfase mit den Fasern der Mm. bulbocavernosi. In diesem Raume entfal sich, besonders bei alten Leuten, in mächtiger Ausdehnung d Bulbus urethrae, der bei der Operation nach oben gezogen wi Der zweite Raum ist der »espace decollable rétro-prostatique«. ist im natürlichen Zustande obliteriert durch Verwachsung d beiden Blätter der Aponeurosis prostato-perinealis, der Lamina re talis und der Lamina genitalis.

Den »Schlüssel« zu diesem Raume bildet wieder der Musc. rec urethralis. In diesem Raume kann man ohne jede Blutung die gan hintere Prostatafläche und die Samenblasen freilegen und vom Ma darm isolieren.

Aus dem pathologisch-anatomischen Kapitel seien folgende Sä hervorgehoben. Eine primäre Blasenschwäche bei Prostatahyp trophie kommt nur ausnahmsweise vor. Pat. mit kompletter Rete tion haben oft bessere Blasen als Pat. mit inkompletter. Der mi lere Lappen hat wenig Wichtigkeit bezüglich der Häufigkeit sein Auftretens und als Ursache für die Retention. Es ist unrecht, d einzelnen Formen der Hypertrophie, Mittel- oder Seitenlappenhyp

trophie, einander gegenüberzustellen; die Ursache der Retention ist die Hypertrophie im allgemeinen. Wichtig ist vor allem die Verlängerung des Harnröhrenkanals, die den Hochstand des Blasenhalses und die Ausbildung des bas-fond hervorruft.

Der Weg durch die Pars prostatica wird ein Engpaß, trotz der Vergrößerung des antero-posterioren Durchmessers. Bei freier Wahl ist der Beginn der zweiten Krankheitsperiode (relative Insuffizienz) der beste Zeitpunkt für die Operation. Vorher kann die Operation durch akute Retention nötig werden, wenn das prostatische Hindernis sehr beträchtlich ist. Hierüber gibt die intraurethrale Untersuchung (wo bleibt die Cystoskopie? Ref.) besseren Aufschluß als die rektale Untersuchung. Andere Indikationen für die Operation sind wiederholte Blutungen infolge Katherismus, Kongestionszuständen oder intraprostatischen Geschwülsten (ein Fall der Art wird berichtet). Ferner Infektion. Der Bas-fond kann nur durch ausgiebige Drainage nach Prostatektomie desinfiziert werden. Endlich Vorhandensein von Blasensteinen. — Die Technik der Operation wird an der Hand von 17 Abbildungen genau beschrieben. Nach sorgfältigster Isolierung wird die Prostata halbiert und die beiden Hälften werden mit der Schere exzidiert; das »Morcellement« nach Albarran wird auch besprochen und in seinen besonderen Indikationen gewürdigt. Partielle Harnröhrennaht; Dauerkatheter (für Blasenspülung) und Perinealdrainage (für den Urin). Statistisch wird über 16 Fälle bei kompletter Retention berichtet (15 völlige Heilungen, beobachtet seit $^1/_2$—$1^1/_2$ Jahren p. op.) und über 14 Fälle bei inkompletter Retention (9 völlige Heilungen [$^1/_2$—$2^1/_4$ Jahre], 3 mit wenig Residualharn, 2 gebesserte). Verf. macht darauf aufmerksam, daß auch die Bottini'sche Operation bei kompletter Retention bessere Resultate hat als bei inkompletter. Angaben über die Mortalität der Operation fehlen.

Willi Hirt (Breslau).

---

22) **G. Ruggi** (Modena). Prostatectomia perineale subcapsulare. Nota praeventiva.

(Bull. delle scienze med. di Bologna 1903.)

R. teilt kurz folgendes Operationsverfahren behufs Entfernung der Prostata mit: Ähnlich der Dittel'schen Schnittführung wird der Damm median gespalten und die Afteröffnung in 1,5 cm Entfernung links umgangen. Unter Schonung des Bulbus, der Gefäße, Nerven und Muskeln wird die Pars membranacea et prostatica urethrae gespalten und ein von R. konstruiertes, gekrümmtes, zangenartiges Instrument, mit gefensterten Branchen, in die Blase geführt und mit diesem die Prostata erfaßt und heruntergezogen. R. hat diese Operation dreimal mit gutem Erfolge ausgeführt und empfiehlt sie zur Entfernung von Geschwülsten sowie von Hypertrophien.

A. Most (Breslau).

---

23) **Nobe.** Über Blasenruptur.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XIV. Hft.

Im Anschluß an zwei Fälle von subkutaner Blasenruptur au
Klinik von Mikulicz und einem von Oberstabsarzt Dr. Ei
beobachteten Fall, die genauer mitgeteilt werden, stellt Verf. w
32 Fälle aus der Literatur zusammen, die nach Erscheinen
Dissertation von Wemmers (München 1900, 24 Fälle) publ
sind. Von den 35 Pat. wurden 14 nicht operiert; davon starb
und genasen 7; 21 wurden operiert, davon starben 3, von we
2 erst am 5. resp. 8. Tage operiert worden waren. Verf. r
möglichst baldiger Operation. Bei intraperitonealer Ruptur
die Rupturstelle immer aufgesucht und genäht werden, bei e
peritonealer ist es dagegen nicht nötig, lange nach der Ruptur
zu suchen oder die Blase zur Auffindung derselben zu eröffner
genügt die Inzision des prävesikalen Raumes und die Tampo
desselben mit Einlegen eines Dauerkatheters.

Fr. Brunner (Zürich

---

24) **P. Bazy.** Contribution à la pathogénie de l'hydroneph
intermittente; bassinets et uretères des nouveau-nés.

(Revue de chir. XXIII. Jahrg. Nr. 1.)

In dieser originellen Arbeit, die Verf. durch eine genaue
teilung eines Falles von Uretero-pyelo-neostomie einleitet, such
die Pathologie der Hydronephrose in einer neuen Form zu beg
den, indem er die angeborenen Anlagen zu dieser Anomalie stu
Gemeinschaftlich mit Marcille hat er 100 Harnleiter und Ni
becken Neugeborener in situ injiziert und Korrosionspräparate
gestellt. Von diesen glückten etwa 63, die folgendes erkennen lie

Ganz normale Verhältnisse boten die Harnleiter nur etwa 15
sonst zeigten sie Strikturen, Knickungen, Falten und Drehu
Oft fanden sich mehrere Fehler zusammen. 35mal konnte ma
Insertionsstelle des Harnleiters im Nierenbecken als abnorm
zeichnen.

27 Harnleiter wiesen Strikturen auf — ringförmige, lin
lange oder kurze; 15 waren quergefaltet, 3 torquiert. Sämtlich
Präparate sind abgebildet und veranschaulichen das Beschrieb

Wichtiger sind die Nierenbeckenformen und ihre Beziehu
zum Harnleiterabgang. Je nachdem die Nierenbecken vom O
umschlossen werden bezw. aus demselben herausragen, teilt B. si
äußere (vorspringende), innere und Mittelformen. Die erste Kateg
(31mal vorhanden) wird am ehesten nachträglichen Veränderu
ausgesetzt sein, am wenigsten ein rudimentäres oder gegab
Becken. Des weiteren gibt es, bedingt durch die Höhe des H
leiterabgangs, senkrechte und wagrechte, schräge, winkliche, tric
und dudelsackförmige Nierenbecken.

Es gehört nun doch das Zusammentreffen mehrerer, der U
stagnation im Becken Vorschub leistender Faktoren — wink

Form, vorspringendes Becken, Harnleiterenge (Knickung usw.) — dazu, die Hydronephrose zur Entwicklung zu bringen. Besteht einmal Harnstagnation, so genügt der geringste Anlaß von außen oder innen — chemische, toxische Reizung des Urins, abgeschwächte Infektionen, Entzündungen der Nachbarorgane —, um Verwachsungen zu erzeugen oder Schrumpfungen der Harnleitersubmukosa. Jene hindern das erweiterte Becken sich wieder zusammenzuziehen, diese falten und knicken den Harnleiter noch mehr. Die durch Urinretention im erweiterten Becken beschwerte Niere wird ihrem Gewicht folgend hinabsteigen und wandern; die Hydronephrose ist das Primäre, die Senkung das Sekundäre — dans beaucoup de cas, sinon presque tons; dafür spreche das nur wenig seltenere Vorkommen der Hydronephrose beim Manne im Verhältnis zum Weibe (2 : 3).

Obgleich sich gegen die Beweisführung B,'s und seine Schlüsse, vielleicht auch gegen die Präparationsweise mancherlei Bedenken geltend machen, ist doch die Arbeit von grundsätzlicher Bedeutung. Für die Häufigkeit der Wanderniere beim Weibe kann jedoch B.'s Hypothese von der Entstehungsursache kaum als Erklärung dienen.

Christel (Metz).

---

25) Gatti. Nefrolitotomia digitale.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1903. Nr. 32.)

Mit diesem Namen bezeichnet G. ein Verfahren der Steinentfernung aus der Niere, das er in 2 Fällen (Phosphatstein und Oxalatstein) mit gutem Erfolg angewandt hat. Die Capsula fibrosa wird am konvexen Nierenrand dem Nierenbecken gegenüber in geringer Breite inzidiert. Nun durchbohrt der Finger die ganze Niere, Kortikal- und Medullarsubstanz, bis zum Nierenbecken. Steine in den Kelchen werden gut gefühlt und mit einer Pinzette unter Leitung des Fingers herausbefördert. So wird eine stärkere Blutung vermieden, die bei der Nephrotomie verschiedentlich den Tod sofort und später verursacht hat. Bei Tieren hat G. die Veränderungen studiert, welche der Eingriff hervorruft, und gefunden, daß diese Veränderungen nur lokaler Natur sind, und in der Niere insgesamt weder entzündliche noch degenerative Prozesse folgen. Die lokalen Wunden heilten mit glatter Narbe, die bedeutungslos war. **Dreyer** (Köln).

---

26) O. Langemak. Über die Wirkung der Nephrotomie nach Nephrektomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 287.)

L. berichtet über Tierversuche, ausgeführt an 55 Kaninchen, denen die rechte Niere exstipiert wurde, während die linke gespalten und wieder vernäht wurde. Es ergab sich, daß die Sterblichkeitsziffer eine hohe, die Todesursache eine mannigfaltige war, und daß auch nach anfänglich gut überstandener Operation Folgezustände eintreten

können, die das Leben gefährden oder dessen Fortbestehen unm
lich machen. Besonders hervorzuheben ist die Häufigkeit der St
bildung in der zurückgelassenen und inzidierten Niere, welche
55,5% der überlebenden Tiere, und zwar schon nach durchschn
lich $10^1/_2$ Tagen gefunden ist. (Bei einfacher Nephrotomie
Kaninchen hatte L. die Lithiasis in 32% der Versuchstiere
durchschnittlich nach 14 Tagen beobachtet.) Wie auch bei se
früheren Versuchen mit einfacher Nephrotomie fand L. bei
jetzigen Versuchsordnung wiederum regelmäßig eine Infarktbild
als Folge des Nierenschnittes. Die Heilung des letzteren erf
stets unter partieller Nekrose und Einbuße von Nierenparench
wodurch zusammen mit der Bindegewebsschrumpfung stets eine si
bare Narbeneinziehung an dem Organe herbeigeführt wird. B
Menschen ist die Nephrotomie nebst Ektomie der anderen N
noch um so schwerer anzuschlagen, als es sich stets um be
kranke Organe handelt. L. rät dabei erst die Nephrotomie der e
Seite und dann die Nephrektomie der anderen vorzunehmen,
nach Fiori's Untersuchungen der Doppeleingriff in dieser Reih
folge besser vertragen wird.

Im Verlauf seiner Erörterungen macht L. darauf aufmerks
daß die Wundheilung im Nierenschnitte der Tiere sich durch
in dem Organe vorhandene Hyperämie deutlich günstig beeinf
zeigte. Frühere hierüber mitgeteilte Erörterungen bestätigend, f
er ferner aus, daß die Nephrotomie nicht als harmloser Eingrif
betrachten sei, und unterzieht auch die Bestrebungen, parenchy
töse Nierenerkrankungen durch Inzisionen zu behandeln, einer s
tischen Kritik. Mit Wolff setzt er sich betreffs der feineren H
lungsvorgänge nach Nephrotomie polemisch auseinander.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

27) **J. Borelius.** Zur Genese und klinischen Diagnose polycystischen Degeneration der Nieren.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXIV. 3. F. Bd. I. Nr. 27. [Deutsch.])

Verf. hat in wenig mehr als einem Jahre zweimal typi
Cystennieren bei Operationen wegen Nierengeschwülsten angetr
und ist dadurch zum Studium der klinischen Diagnostik der Cys
nieren geführt worden. Dabei hat er auch einige Beobachtu
hinsichtlich der Genese gemacht, die von ganz besonderem Inter
sind.

Man hat drei verschiedene Theorien für die Entstehung di
Krankheit aufgestellt: Retention (auf entzündlicher Basis), Neubild
und Mißbildung als Grund der anatomischen Veränderungen
zeichnet. Keine dieser Theorien ist an sich imstande zu erklä
wie die verschiedenen Veränderungen der Nieren entstanden s
Verf. weist nach, daß es unleugbar eine hereditäre Disposition
diese Krankheit gibt. Selbst hat er Cystennieren bei Vater, S

und Neffen einer und derselben Familie beobachtet. Aus der Literatur führt er Beispiele der Heredität der Krankheit von Lauenstein, Beck und Steiner an (bei älteren Personen), ferner von Brückner, Schupman, Virchow und Carbonel (bei Neugeborenen). Ferner ist klinisch konstatiert worden, daß Cystennieren häufig gemeinsam mit angeborenen Mißbildungen verschiedener Art beobachtet sind, wie er es auch in seinen eigenen Fällen gefunden hat.

»Wären nun, schließt er, Cystennieren eine häufig vorkommende Affektion, so könnte das betreffende Verhältnis von einem Zufall abhängig sein; da aber Cystennieren sowohl bei Neugeborenen wie auch bei Erwachsenen als eine relativ seltene Erscheinung betrachtet werden müssen, so ist es nicht möglich, das Vorkommen mehrerer Fälle in derselben Familie oder das wiederholte Zusammentreffen mit Bildungsfehlern als Zufall aufzufassen. Ist es aber kein Znfall, sondern eine Erscheinung, welche ihre innere gegebene Ursache hat, so ist es ein Faktor, mit dem hinsichtlich der Genese zu rechnen ist. Es liegt dann am nächsten, in erster Linie an eine embryonale Hemmung als Grundursache der Affektion zu denken.«

Die vier vom Verf. beobachteten Fälle sind in ausführlichen Krankengeschichten mitgeteilt. In einem fand man die polycystische Degeneration zufällig bei der Sektion, in einem anderen verlief die Krankheit latent bis zum 70. Lebensjahre des Pat., dann traten Symptome von chronischer Urämie und von einer undeutlich tastbaren Geschwulst ein; Tod ohne Eingriff. In dem dritten Falle entwickelte sich die Nierengeschwulst latent, dann traten plötzlich Symptome einer Infektion der Geschwulst auf mit Hämaturie; in dem vierten Falle waren ausgesprochene Nierensymptome vorhanden, die jedoch mit Vorsicht aufgefaßt werden mußten, da Komplikation mit Nephrolithiasis vorlag; an der Stelle der einen Niere fand man eine tastbare Geschwulst.

Verf. erörtert schließlich die klinischen Erscheinungen in ausführlicher epikritischer Weise, in Bezug auf welche auf das Original zu verweisen ist. **Hanssen** (Cimbrishamn).

---

28) **R. J. Wenglowski.** Über das Herabsteigen des Hodens.

(Arbeiten aus Prof. Djakonow's Klinik. Beilage zu: Chirurgie 1903. Februar. [Russisch.])

W. untersuchte makro- und mikroskopisch 46 menschliche Embryonen. 4 davon waren 2, 3, 7 und 16 mm lang, die übrigen 42 2—8 Monate alt. Die Arbeit ist durch 32 Photogramme auf 8 Tafeln illustriert und wird durch ein Literaturverzeichnis von 123 Nummern beschlossen. Hauptresultate: der primäre Descensus des Hodens (während des dritten und vierten Monats) hängt vom regelmäßigen Wachsen der Organe ab; der Hoden steigt bis zur festen Bauchwand herab. Vom vierten Monat an beginnt sich in der Bauchwand ein Weg für den Hoden zu bilden. Das Leitband und dessen Nachbarorgane werden zu dieser Zeit besonders intensiv genährt: die Blut-

gefäße werden unglaublich dilatiert. Infolgedessen hypertrophier
Leitband und drängt dadurch die Nachbargewebe auseinande
wächst in die Bauchhöhle hinein und zieht einen Teil der Mu
fasern mit sich fort. Das Leitband selbst besteht aus bloßem B
gewebe und ist von einem Peritonealfortsatz umgeben. Beso
stark hypertrophiert der Teil des Leitbandes, der in der Dick
Bauchwandmuskeln liegt; einzelne Bindegewebsstränge dri
zwischen die inneren Muskelfasern, und so bildet sich der We
den sekundär herabsteigenden Hoden. Beim Hineinwachsen
Leitbandes in die Bauchhöhle wird auch der Peritonealfortsat
hinaufgezogen. Nun beginnt das Bindegewebe des Leitband
atrophieren, gleichzeitig drücken die Därme auf den Hoden, u
steigt letzterer durch die Bauchwand in den Hodensack hinab.
Leitband wird immer kürzer und wickelt sich gleichzeitig auseina
auf diese Art die Wand des Processus vaginalis verstärkend.
beiden Hauptfunktionen sind also: die Bildung des Weges fü
Hoden und seiner definitiven Hüllen. Die zahlreichen D
müssen im Original studiert werden. Eine ausführliche Gesch
der Frage bildet den ersten Teil der Arbeit.

Gückel (Kondal, Saratow

Kleinere Mitteilungen.

Über präperitoneale Flüssigkeitsansammlungen bei Rupt der Harnwege.

Von

Dr. Oscar Johannsen,

Oberarzt am Stadtkrankenhause zu Libau (Rußland).

Im Jahre 1893 veröffentlichte ich in Nr. 34 der Petersburger med. W
schrift einen Fall von Symphysenruptur mit Harnverhaltung, bei dem ich
die Perkussion eine eigentümliche Dämpfungslinie am Abdomen entdeckte.

Dieselbe befand sich in der Linea alba vier Finger breit unter dem
und ging dann beiderseits symmetrisch in einer Kreislinie nach abwärts fa
zu einer Linie, welche man sich von einer Spina ant. sup. ossis ilei zur an
gezogen denken konnte. Statt jedoch nun nach innen sich zu wenden, um i
Kreislinie zu bleiben, wie das der Form einer Blasendämpfung entsprochen
würde, wand sich hier die Dämpfungslinie beiderseits nach auswärts und gin
in einer horizontalen Linie zur Spina il. ant. sup. herab: _⋂_

Ich führte nun einen silbernen Katheter widerstandslos ein, und es ent
sich eine große Menge etwas trüben, jedoch unblutigen Urins, und die eige
liche Dämpfungslinie war verschwunden.

Wie die Sektion nachher ergab, war hier die Harnröhre dicht am Übe
in die Blase quer abgerissen und es hatte das durch Urin ausgedehnte C
Retzii diese Dämpfungslinie hervorgerufen.

Ich habe später an der Leiche diese Dämpfungslinie durch Anfüllung
Cavum Retzii experimentell erzeugt.

Ich machte lege artis den Schnitt der Sectio alta bis auf die Blase,
diese dann einige Centimeter von der Bauchwand ab, führte einen Gummi
hinein und vernähte dann wieder den Schnitt. Dann injizierte ich durch

herausstehende Stück Drainrohr Wasser in das Cavum Retzii, und nach Injektion von 300 ccm trat die charakteristische Dämpfungslinie auf.

Nach weiterer Injektion von 100 ccm konnte man eine dieser ersten Dämpfungslinie genau parallele zweite konstatieren, nach weiterer Injektion von 100 ccm eine dritte etc.

Nachdem ich so durch Injektion von 800 ccm sechs genau parallele Linien erzielt hatte, eröffnete ich durch einen Schnitt über dem Nabel die Bauchhöhle und betrachtete mir den präperitonealen Raum von seiner Rückseite.

Derselbe hatte in seinem oberen Teile einen Dickendurchmesser von 3 cm.

Bei einem zweiten Versuche erzielte ich ganz dieselbe Dämpfungslinie, bei einem dritten eine einfache Bogenlinie, die von einem Poupart'schen Bande zum anderen sich erstreckte: ⌒.

Immer also hob sich das Peritoneum von der Bauchwand in Form einer nach oben konvexen Linie ab, deren Scheitel in der Linea alba sich befand, während die Schenkel stets beiderseits bis zum Poupart'schen Bande sich verfolgen ließen.

Wenn nun Urin in solch ein Cavum hineingelangt, so ist ersichtlich, daß nur durch Eröffnung dieses Raumes von oben derselbe ausreichend gereinigt werden kann.

Ich hatte mir daher folgende Indikation aufgestellt: Wenn im Anschluß an Ruptur der Harnwege diese Dämpfungslinie auftritt, so muß unter allen Umständen das Cavum Retzii eröffnet werden.

In diesem Jahre hatte ich nun wiederum Gelegenheit, diese Dämpfungslinie zu finden und meine Auffassung bestätigt zu sehen:

Am 18. Februar wurde ein 28jähriger, herkulisch gebauter Mann ins Hospital gebracht. Derselbe hatte in liegender Stellung unter einer Eisenplatte sich befunden, als auf diese ein großer, schwerer Ambos herabstürzte.

Der 8 Stunden nach der Verletzung aufgenommene Status praesens ergab:

Stellung des Beckens und der Beine normal. Am Damm links von der Rhaphe bemerkt man eine große blutunterlaufene Stelle. Über dem rechten Poupart'schen Bande, entsprechend den zwei inneren Dritteln desselben, ist die Haut geschwollen und bläulich verfärbt, noch stärker blutunterlaufen ist die rechte Hälfte des Skrotum.

Der Druck auf das rechte Lig. Pouparti ist empfindlich, und man fühlt nicht den horizontalen Schambeinast, während dieser links deutlich durchzufühlen und nicht druckempfindlich ist. Dagegen ist auf der linken Seite der Druck auf die Spina il. ant. sup., den Trochanter maj. und den Tuber ischii sehr schmerzhaft, desgleichen der Schlag auf die Fußsohle und die Drehbewegung des Beines.

Bei der Perkussion des Abdomen bemerkte man eine nach oben konvexe Linie, deren Scheitel in der Linea alba bis zur Höhe der Linea interspinalis reicht und die dann beiderseits bis zum Poupart'schen Bande sich verfolgen läßt, wo sie links 3 cm, rechts $1/2$ cm unter der Spina il. ant. sup. endigt.

Seit der Verletzung besteht Harnverhaltung und quälender Harndrang.

Aus dem eingeführten Katheter fließt ca. $1/2$ Eßlöffel dunkler, blutiger Flüssigkeit heraus.

Hier lag also zweifellos eine Flüssigkeitsansammlung im Cavum Retzii vor, und da diese Flüssigkeit vielleicht auch Urinteile enthalten konnte, so schritt ich zur Eröffnung dieses Raumes.

Nach Durchtrennung der Bauchwand in der Linea alba gelangte ich mit dem Finger in eine große Höhle. Die beiden Schambeine stehen ca. 3 cm voneinander ab, das rechte Schambein steht tiefer, und am Angulus ist rauher Knochen zu fühlen.

In einer Tiefe von 8 cm fühlt man die prall gefüllte Harnblase. Nach links setzt sich diese Höhle weiter in die Tiefe fort, und stößt man daselbst auf den eingeführten Katheter.

Nun machte ich auch den Schnitt der Urethrotomia ext., der hier eingeführte Finger konstatiert eine Fraktur im aufsteigenden Sitzbeinaste und begegnet dem von oben eingeführten Finger.

Ich zog nun den Katheter soweit zurück, daß seine Spitze gerade noch den Schlitz in der Harnröhre verlassen hatte, und wendete denselben darauf nach rechts, und da glitt derselbe in die Blase, worauf eine große Menge h klaren, völlig unblutigen Urins herausfloß.

Es wird darauf ein Nélatonkatheter durch die Harnröhre in die Blas geführt und dann die große Höhle, aus welcher beständig in großer Menge du Blut herausquoll, mit einem Jodoformgazestreifen tamponiert, worauf die Bl stand. Subkutane Kochsalztransfusion. Abends Temperatur 37,3, Puls 90.

Am anderen Morgen hatte sich Pat. von seinem Blutverlust wieder gan erholt. Morgens Temperatur 36,2, Puls 90, abends Temperatur 38, Puls 95.

Am 20. Februar morgens Temperatur 37,0, Puls 80, abends Temperatur

Am 21. Februar morgens Temperatur 37,2. In der Nacht hatte sich de theter verstopft, und der ganze Verband war mit Urin durchtränkt. Ich ent daher denselben und führte einen großen Glasdrain durch die obere Öffnung h und unten am Damme wieder heraus und befestigte unten an demselben no Stück Gummischlauch.

Auf diese Weise ließ sich die Höhle sehr gut reinigen, besonders wenn von unten so lange Borwasser einströmen ließ, bis die Flüssigkeit in der o Öffnung sichtbar wurde und sie dann wieder unten herausfließen ließ.

Auf dieselbe Weise wurde zum Schluß auch noch Jodoformemulsion spritzt bis dieselbe oben sichtbar wurde (80 g) und dieselbe dann erst nach Minute herausgelassen.

Bei diesem Verbandwechsel fand ich den rechten Schambeinast jetzt mehr tiefer stehend als den linken. 5 Uhr abends Temperatur 39,6.

22. Februar morgens Temperatur	38,0,			abends	38,6.	
23. » » »	37,8,			»	38,6.	
24. » » »	37,6,	Puls	106,	»	38,4,	Puls 10
25. » » »	38,0,	»	140,	»	39,4,	» 13
26. » » »	37,3,			»	38,4,	» 14
27. » » »	37,3,	»	122,	»	39,7.	
28. » » »	37,8,	»	120,	»	37,5.	

Von nun an wurde die Höhle zweimal täglich mit Borwasser ausge Die Absonderung von der Höhle war sehr gering, so daß schon nach zwei- dreimaligem Anfüllen der Höhle das Wasser unten bereits wieder rein zurück

Heftige Magenschmerzen wurden durch tägliche Gaben von Bismut. s gemildert.

Am 22. und 24. Februar hatte sich des Nachts der Katheter wieder vers und war die Höhle mit Urin verunreinigt worden.

Am 26. Februar traten mehrfache schwarze Stühle auf, abends nach Klysma entleerten sich viele schwarze Fäces.

Am 27. Februar abends riß sich Pat., dessen Sensorium nicht klar war Katheter heraus, es gelang mir jedoch, denselben sogleich wieder einzufü Zeichen von Harnresorption lagen jedoch nicht vor: Die Zunge feucht und kein Foetor ex ore etc. Am 28. Februar abends um $7^1/_2$ Uhr trat plötzlich lapsus und Tod ein.

Ich gestehe, daß ein so rascher Exitus mir unerwartet kam, denn Harnre tion lag nicht vor, und ein so kräftiger Mann hätte doch dieses Fieber noch länger vertragen müssen.

Die Sektion (ausgeführt von Herrn Dr. Lakschewitz) ergab nun auc Todesursache eine abundante Blutung aus einem talergroßen Duodenalgesch Am Becken wurde konstatiert:

Fractura ram. descend. ossis pub. dextr.
» » horizont. » » sin.,
» » ascend. » ischii sin.

Ferner Ruptura symphys. pub. und eine Diastase der Knochen an der chondrosis sacro-iliaca dextr. um 3 cm.

Die präperitoneale Höhle in gut reinem Zustande, nur befand sich in

selben ein Sequester von ca. 1/2 cm Durchmesser, der wohl vom Angulus des rechten Schambeines abgesplittert war. Das Peritoneum spiegelnd. In der Bauchhöhle keine Flüssigkeit.

Ob ohne diese interkurrente Blutung aus dem Duodenalgeschwür bei den umfangreichen Beckenverletzungen in diesem Falle eine Heilung hätte erzielt werden können, bleibt zweifelhaft, indessen konnte infolge der Eröffnung des Cavum Retzii die Höhle gut gereinigt erhalten werden, was wohl nicht möglich gewesen wäre, wenn man nur den Schnitt am Damm gemacht hätte.

Wenn man ferner bedenkt, daß solche Verunreinigungen der Höhle mit Urin infolge Verstopfung des Katheters oder Herausgleiten desselben aus der Blase in einem jeden Falle sich wiederholen können, so ersieht man, wie notwendig es ist, daß solche Höhlen ausreichend durchgespült werden können.

Es hat uns dieser Fall also wiederum gezeigt:

1) daß eine solche Dämpfungslinie ein sicheres Zeichen für eine Flüssigkeitsansammlung im präperitonealen Raume ist und

2) daß das Auftreten derselben bei Ruptur der Harnwege eine sofortige Eröffnung dieses Raumes erfordert.

---

29) E. Kantorowicz (Berlin). Eine neue Paraffinspritze.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 16.)

Die Spritze ist nach dem Thermophorprinzip hergestellt; das Wesentliche an ihr ist ein doppelter, allseitig geschlossener Cylindermantel, in dessen Hohlraum das Wärmesalz (Natr. acet.) aufgespeichert ist. Sie besteht mitsamt ihrem Mantel aus einem Stück. Zum Gebrauch wird sie nur 1/2 Minute lang in kochendes Waser getaucht, sodann das zum Schmelzen gebrachte Paraffin durch die aufgesetzte Nadel in das Spritzeninnere gesaugt. Die mit dem Paraffin beschickte Spritze bleibt mindestens 10 Minuten lang warm; die Nadel wird vor der Injektion nochmals durch Eintauchen in heißes Wasser erwärmt. **Kramer** (Glogau).

30) K. Holzapfel. Zur Sterilisation kleiner Verbandstoffmengen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 16.)

Um bei der Dampfdurchströmung den Dampf von oben nach unten gehen zu lassen, hat H. die Zweifel'schen Büchsen für die Sterilisation von Verbandstoffen etwas modifizirt und damit einen volle Sicherheit der Keimbefreiung gewährenden Apparat geschaffen; derselbe ist von Schädel in Leipzig zu beziehen.

Kramer (Glogau).

31) Pagenstecher. Arbeiten und Jahresbericht des Diakonissenhauses Paulinenstift zu Wiesbaden vom 1. April 1899 bis 31. März 1902.

Leipzig, Gedruckt bei J. B. Hirschfela.

Der Bericht umfaßt eine kurze Chronik über das verflossene Triennium. Danach hat sich die Krankenzahl nahezu verdoppelt gegenüber den vorangegangenen 3 Jahren des Bestehens. Es wurden 615 Operationen ausgeführt mit insgesamt 25 Todesfällen.

Ferner enthält der Bericht folgende Arbeiten:

1) Pagenstecher. Beiträge zu den Extremitätenmißbildungen. Brachydaktylie, Pollex valgus; Luxation des Radiusköpfchens und Mißbildung des Daumens etc.

Die Arbeit ist in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. L erschienen und bereits hier besprochen.

2) Pagenstecher. Über Ascites chylosus.

Es handelt sich um die Mitteilung des ersten mit Sicherheit dauernd geheilten, und zwar auf chirurgischem Wege geheilten Falles von chylösem Ascites und betrifft ein 5 Monate altes Kind. Es wurden etwa 1 1/2 Liter entleert; das Bauchfell war stark injiziert; die Flüssigkeit lag im freien Bauchraume; der Darm nur zum Teil injiziert, gebläht und mit schleimigem Belag belegt. Im Mesenterium

fanden sich zahlreiche hirsekorn- bis hanfkorngroße Bläschen oder Cystcher offenbar wässrig-milchigem Inhalte. Keine Geschwülste, keine Drüsenansc lungen, Leber und Milz normal. Nach der Operation Schluß der Bauchh Sowohl nach dieser Laparotomie, wie nach der einige Tage vorher ausgefü Punktion trat hohes Fieber mit bedrohlichen Erscheinungen auf. Verf. sie Ursache eine chronische Peritonitis an. Die hochinteressante Arbeit behande ganze Frage in erschöpfender Weise und umfaßt sämtliche in der Literat wähnte Fälle von sogenannten traumatischen und idiopathischen Chyluserg Es wäre zu wünschen, daß sie größeren Kreisen durch Veröffentlichung in chirurgischen Zeitschrift zugänglich gemacht würde.

3) Nitsche. Magenblutung bei Appendicitis.

Es handelte sich um einen 62 Jahre alten Mann, der, mit diffuser septi Peritonitis eingeliefert, bereits am nächsten Tage im Kollaps starb. Die Se ergab einen Ileocoecalabszeß, Gangrän des Wurmfortsatzes; Magen und Jej mit Blut gefüllt, Atheromatose der Gefäße. Im Fundus des Magens fanden zahlreiche punktförmige, kleinste Geschwürchen, aus denen die Blutung gefunden hatte. Der Fall gehört zu den von Dieulafoy beschriebenen M blutungen bei Peritonitis.

4) Über Bismutose.

Dies Mittel wurde im Paulinenstift mit vielem Erfolge bei Magengesc und verwandten Reizzuständen des Magens gegeben und als solches empfo

Tschmarke (Magdeburg)

32) **Hermann** (Nauen). Ein schwerer Fall von Tetanus traumati

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 10.)

Die tetanischen Erscheinungen traten bei dem 10jährigen Knaben, we sich ein Stück Holz in den Fuß getreten und infolgedessen eine Phlegmon letzteren acquiriert hatte, erst am 6. Tage p. tr. auf und erstreckten sich sämtliche Skelettmuskeln. Die am 3. und 5. Tage nach Beginn des Tetanu machten Antitoxineinspritzungen waren ohne Wirkung. Der Knabe erhielt a dem Chloralhydrat, anfangs auch Morphin, von ersterem im ganzen 70 g, vertrug diese großen Mengen von Narkoticis sehr gut. Heilung nach langs Nachlassen der Erscheinungen im Laufe von 7 Wochen. **Kramer** (Glogau)

33) **J. Sabrazès**. Blutuntersuchung bei Hydatidencysten; lokale allgemeine Eosinophilie.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 13.)

Die Untersuchung des Blutes von sieben erwachsenen Kranken mit isoli Echinokokkencysten (dreimal der Leber, einmal der Lunge, dreimal in den keln) und eines Falles von multiplen Cysten ergab bedeutende Eosinophilie. selbe, als Symptom der Echinokokkencysten, wurde jedoch nicht nur im sondern auch örtlich in dem die parasitäre Membran einhüllenden Bindege beobachtet. War die Membran teilweise degeneriert oder rissig, so wurde si den eosinophilen Zellen ergriffen, und drangen diese in das Innere der eitrigen Cyste ein, wo sie vergesellschaftet mit kleinen Charcot'schen Krist gefunden wurden. **Kramer** (Glogau)

34) **Federschmidt**. Zur Kasuistik und Therapie des äußeren brandes des Menschen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 14.)

Von den der Praxis F.'s und anderer Ärzte Dinkelbühls entstammenden Fällen, welche Pinselarbeiter einer dortigen Fabrik betrafen, sind drei mit zision der Pustula maligna, sieben konservativ behandelt worden, erstere dre heilt, von letzteren zwei, bei denen die regionären Lymphdrüsen ergriffen w gestorben. Sitz der Pustel war sechsmal das Gesicht, dreimal der Hals, ei

die Hand. Milzbrandbazillen wurden in drei der Fälle in der ausgeschnittenen Pustel, in zwei auch in Organteilen und im Blute der Leiche nachgewiesen; in den anderen war eine bakteriologische Untersuchung nicht erfolgt. An den Pinselhaaren fanden sich unter fünf untersuchten Fällen dreimal die Bazillen. Bemerkenswert ist, daß in drei Ziegenhaare, bei zwei anderen Schweinsborsten und in einem chinesische Roßhaare die Infektionsquelle bildeten.

Auf Grund des günstigen Verlaufes seiner eigenen drei operativ behandelten Fälle spricht sich F. zugunsten frühzeitiger Exzision der Pustel aus.

Kramer (Glogau).

35) H. Widmann. Über Transplantationen ungestielter Hautlappen nach Krause.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Verf. empfiehlt auf Grund der Erfahrungen im allgemeinen Krankenhause zu Nürnberg die Hautüberpflanzungen nach Krause für solche Fälle, bei denen die Thiersch'sche Plastik keine genügend widerstandsfähige Bedeckung zu liefern imstande ist, so bei den Transplantationen am Unterschenkel nach Unterschenkelgeschwüren, bei der Deckung von Hautdefekten über Gelenken und vor allem bei den zahlreichen Hand- und Fingerverletzungen der maschinellen Betriebe.

Verf. legt den größten Wert darauf, daß streng aseptisch und durchaus trocken operiert wird. Das Operationsgebiet wird also nach der Desinfektion mit trockenen sterilen Tüchern abgerieben, ferner werden nur trockene sterile Instrumente benutzt. Der mit einer Lage des Unterhautzellgewebes exzidierte Lappen wird sorgfältig mittels Schere von diesem befreit, ehe er in den Defekt gelegt und dort mit einigen Nähten befestigt wird.

Von den 29 zur Operation gekommenen Fällen war nur 3mal ein absoluter, 2mal ein teilweiser Mißerfolg zu verzeichnen. Im übrigen war das Resultat ein erfreuliches.

Blauel (Tübingen).

36) W. Spiller. Traumatic lesions of the spinal cord without fracture of the vertebrae.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1903. Nr. 12.)

Verf. hat 4 Fälle von schwerer traumatischer Schädigung des Rückenmarkes ohne erkennbaren Wirbelsäulenbruch beobachtet. Krankengeschichte und Autopsiebefund folgenden Falles werden genauer mitgeteilt:

56jähriger Mann; nach Sturz aus dem Fenster mehrstündliche Bewußtlosigkeit. 2 Tage später Blasen- und Mastdarmlähmung, Parese sämtlicher Extremitäten verschiedenen Grades, Patellarreflexe vorhanden, Tastempfindlichkeit erhalten, Temperatur- und Schmerzsinn fast am ganzen Körper stark herabgesetzt. Am 7. Tage Verminderung der Kniereflexe, am 14. Tage Besserung der Parese der Beine, weniger der Arme, Tod am 38. Tage (Nephritis). Autopsiebefund: Myelitis transversa im Bereiche des 4.—5. Cervicalsegments, nur wenige und sehr kleine Hämorrhagien; in den unterhalb gelegenen Teilen des Rückenmarkes weniger ausgesprochene und umschriebenere, hauptsächlich auf die Pyramidenbahnen beschränkte Degenerationen. Ein Bruch der Wirbelsäule oder Kompression des Markes wurde nicht gefunden (3 Rückenmarksdurchschnitte).

Die Differentialdiagnose zwischen Hämatomyelie und traumatischer Myelitis ist nicht möglich. Die degenerativen Veränderungen im vorliegenden Falle waren nicht durch intramedulläre Blutungen, sondern durch Erschütterung der Wirbelsäule und des Markes zustande gekommen.

Mohr (Bielefeld).

37) E. Boerner. Über Fibrome des Halses mit Beziehungen zum Rückenmark.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 309.)

Interessanter Fall aus der Rostocker chirurgischen Klinik (Müller). 14jähriger Knabe, der vor ca. $1^1/_2$ Jahren zunächst allmählich zunehmende Schmerzen

in der rechten Schulter, in den Arm ausstrahlend, gefühlt hatte; dabei wurd
rundliche Geschwulst an der rechten Halsseite bemerkt. In der Folgezeit
Abnahme der Schmerzen aber Größezunahme der Geschwulst, wachsende Sch
des rechten Armes, Steifigkeitsgefühl und Zittern bei Bewegungen im r
Beine, schließlich auch Schwäche im linken Arme. Bei der Aufnahme zeig
ziemlich elende Junge motorische Schwäche der Oberextremitäten mit A
der Kleinfinger- und Daumenballen, der Interossei, der Vorderarmstreck
Biceps, Triceps und Deltoideus bei erhaltener Sensibilität, erhöhten Sehnenr
und fehlender Entartungsreaktion, ferner starke spastische Erscheinung
Unterextremitäten (ähnlich wie amyotrophische Lateralsklerose) bei ebenfal
maler Sensibilität. Hinter dem Kopfnicker eine gänseeigroße, ziemlich ha
an die Wirbelsäule verfolgbare Geschwulst. Dieselbe ließ sich bei der Op
ziemlich unschwer bis an die Wirbelsäule auslösen, wo sie sich mit einem
in ein Foramen intervertebrale (V oder VI) begibt. Beim Ablösungsversu
reißt sie ab, und es entsteht starke venöse Blutung (Ven. vertebral.?). Do
lingt auch die Auslösung des noch kleinhaselnußgroßen Geschwulstrestes a
stark erweiterten Intervertebralloch. Die Operation, der zunächst ziemlich
und in den ersten Tagen starke Pulsbeschleunigung folgte, heilte gut un
auch eine fast völlige Beseitigung der medullär-nervösen Störungen, ausgen
die Muskelatrophien, zur Folge, so daß sicher anzunehmen ist, daß die Gesc
rückenmarkskomprimierend gewirkt hatte.

Fibrome des Halses sind selten, de Quervain hat 25 gezählt, von de
Wirbelsäule 6, zum Rückenmark einer nähere Beziehung hatten. B. fügt
Literatur noch 2 weitere Fälle hinzu, wo auch Beziehung zum Rückenmark
ist. Der gute therapeutische Operationserfolg in B.'s Fall ist bemerkensw
Literaturverzeichnis von 10 Nummern. **Meinhard Schmidt** (Cuxhave

38) **Putnam, Krauss, Park.** Sarcoma of the third cervical seg
operation; removal; continued improvement.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. Januar.)

Nach den Statistiken von Starr (1895), Bruns (1898), Putnam und
ren (1899), Lloyd (1902) sind etwa 40% der Rückenmarksgeschwülste Sa
meist des Brustteiles, am seltensten der Cervicalgegend. Extraduraler
weit häufiger wie intraduraler und intramedullarer. Im Mittel wurde be
der Operierten Heilung, bei 20% Besserung erzielt.

Verff. berichten über einen 45jährigen Mann mit Symptomen einer Gesc
des dritten Cervicalsegmentes: vollständiger Verlust der Sensibilität v
Schlüsselbeinen abwärts, der Motilität des linken Armes und Beines, fa
ständige Lähmung der rechtsseitigen Extremitäten, Erhöhung aller R
Blasen-Darmstörungen etc. Nach partieller Laminektomie des 3.—4. Hals
bogens und Entfernung eines 2 cm langen, bleistiftdicken, intraduralen
zellensarkoms trat insofern eine Besserung ein, als 10 Wochen nach der
tion nur noch die Symptome einer gekreuzten Brown-Séquard'schen P
bestanden, die sich noch weiter zurückbilden. **Bender** (Leipzi

39) **Arnheim.** Ein Fall von hysterischer Kyphose.

(Fortschritte der Medizin 1902. Nr. 35.)

Die meisten in der Literatur beschriebenen hysterischen Deviatione
Wirbelsäule betreffen Skoliosen, einige Lordosen. Verf. beschreibt einen F
reiner Kyphose der Halswirbelsäule, bedingt durch hysterische Kontrakt
Hals- und Nackenmuskeln, bei einem 40 Jahre alten Manne, der vor 1¼
von einem Baugerüste abgestürzt ist. Eine Erkrankung der Wirbel is
geschlossen; es bestehen noch andere Symptome von traumatischer Hysteri

Kronacher (Münche

40) Scheffler. Ein Skoliosen-Redressionsapparat.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3.)

Verf. lobt die Vorteile des Skoliosen-Redressionsapparates von Lorenz und findet es auffällig, daß derselbe nicht die Verbreitung gefunden habe, die er mit Recht verdiene. Schuld daran sei eine gewisse Umständlichkeit des Apparates. Diesen Übelstand sucht eine Modifikation des Apparates zu vermeiden, wie sie in der orthopädischen Heilanstalt von Schanz gebraucht wird und wie sie in der vorliegenden kleinen Mitteilung und Abbildung näher beschrieben ist.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

41) A. Hook. Ein Fall von hartnäckiger Incontinentia urinae durch Paraffininjektion geheilt.

(Prager med. Wochenschrift 1903.)

Nach einer Steinextraktion aus der Harnblase war eine Inkontinenz entstanden, welche trotz viermaliger Operation nicht zur Heilung gebracht werden konnte. Nach Injektion von im ganzen 11 g Paraffin in die Gegend des Blasenhalses trat völlige Kontinenz ein. **Bertelsmann** (Hamburg).

42) W. J. Lissjanski. Zur Therapie der impermeablen Harnröhrenverengerungen. Drei Fälle von Sectio alta und zwei Fälle von Urethrostomia perinealis.

(Praktitscheski Wratsch 1903. Nr. 2 u. 3.)

L. führte 14mal die äußere Urethrotomie mit Resektion der Striktur aus; 9mal blieb die Wunde offen, 3mal wurde die Haut, 2mal auch die Schleimhaut genäht. Unmittelbares gutes Resultat; später mehrmals Rezidiv. In 3 Fällen, wo das zentrale Ende nicht zu finden war, machte L. die Sectio alta; 1mal Tod an Pyelonephritis, 2mal Erfolg günstig. In 2 Fällen mit alten Stenosen, zahlreichen Narben und Abszeß am Damm machte L. die perineale Urethrostomie (nach Poncet mit Modifikation: das periphere Ende wurde nicht ligiert, das zentrale Ende mit zwei seitlichen, in die Wunde geschlagenen Hautlappen vernäht) mit gutem Erfolg; die Pat. waren 50 resp. 48 Jahre alt und eine andere Methode nicht gut anwendbar. L. empfiehlt letztere Operation für alte vernachlässigte Fälle.

Gückel (Kondal, Saratow).

43) G. Ekehorn (Sundsvall). Ein neues Verfahren, um größere Defekte der Harnröhre durch Abwärtstransplantieren des Penis und des entsprechenden vorderen Teiles der Harnröhre zu schließen.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXIV. 3. Folge. Bd. I. Nr. 28. [Deutsch.])

Eine sehr schwere Schußverletzung in der Aftergegend und im Damm, wobei der untere Teil des Mastdarmes mit dem Sphinkter und ein beträchtliches Stück der Harnröhre ganz und gar weggerissen wurde, hatte einen 9jährigen Knaben von hinten her durch Unfall getroffen. Nach 6monatlicher Behandlung hatte der Junge anstatt des Afters und Dammes einen Defekt, welcher eine nach unten offene Höhle bildete, die vorn vom Arcus pubis und hinten von der Gegend hinter dem Schambein begrenzt wurde. Am Boden dieser Höhle mündete der Mastdarm mit einer narbigen Verengerung und der zentrale Harnröhrenstumpf kurz vor der Blase. Der vordere Harnröhrenstumpf endete so weit nach vorn, daß der Schambogen hinter und über seinem hinteren Ende sichtbar war. Der Stuhl konnte, wenn er nicht zu dünn war, einigermaßen gehalten werden; der Sphinkter der Blase funktionierte ziemlich gut, nur wenn die Blase stark gefüllt war, sickerte etwas Harn hervor. Beim Harnlassen mußte Pat. über einem Geschirr sitzen, denn sonst lief der Urin an den Beinen hinab.

Da ein neuer Harnröhrenteil aus den zerstörten Weichteilen des Dammes nicht hergestellt werden konnte, mobilisierte Verf. den übriggebliebenen Teil des Penis mit seinen nächsten Weichteilen durch Ablösen derselben, einschließlich

dem Lig. suspensorium penis, von der vorderen Fläche des Schambeines Bildung eines Lappens mit oberer Basis und zwei vorwärts und aufwä laufenden Schenkeln an jeder Seite des Hodensackes und Penis. Der konnte nun so weit herabgezogen werden, daß sich die beiden Harnröhren aneinander bringen ließen. Um jeder Spannung zu entgehen, wurde außer ungefähr centimeterhohes Stück vom unteren Rande der Symphyse und grenzenden Schambeinkörper abgemeißelt. Schließlich wurden die Harn stümpfe, nach Anfrischung ihrer Wundflächen, um einen eingelegten katheter zusammengenäht und der Lappen an seinem neuen Platz mit Entspannungsnähten befestigt. Völlige Primärheilung. Die neue Harnröh tionierte ausgezeichnet.

Verf. hat an Leichen nachgeprüft, wieviel von der Harnröhre dur Methode zu ersetzen sei, und fand, daß sich die Harnröhrenstümpfe no Mühe vereinigen lassen, nachdem ein 8 cm langes Stück Harnröhre wegge men war.

Über die besonderen Vorsichtsmaßnahmen bei der Schnittführung, so die eventuellen Anwendungen der Abwärtsverlegung des Penis bei pathol Veränderungen ist Studium des Originals zu empfehlen. **Hansson** (Cimbrisha

44) H. Dörfler (Weißenburg). Beitrag zur Symptomatolog Prostatakarzinoms.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 10.)

D. teilt einen einen 62jährigen Mann betreffenden Fall von hochg weit vorgeschrittenem, ohne jedes lokale Symptom, besonders ohne jegliche in der Urinentleerung verlaufenem Prostatakarzinom mit. Die Krankheit unter dem Bilde einer typischen Periappendicitis exsudativa und war i späteren Verlaufe vollkommen beherrscht von Symptomen einer intermitt Pyelitis resp. Urinstauung im rechten Nierenbecken, welche indes nur rechter Körperhaltung nach jedesmaligem Aufstehversuch auftrat und b ruhe rasch schwand. Die Erklärung für diese auffallenden Erscheinunger die Sektion. Es fand sich ein medullarer Prostatakrebs, der an der recht Harnleitereinmündungsstelle in die Blase durchgebrochen war, dort zu ei engerung dieser Mündung, zu Dilatation und Hypertrophie des Ureters Hydronephrose geführt hatte. **Kramer** (Glog

45) L. Levy. Zur Kasuistik der Prostatageschwülste im Kind (Aus der chirurg. Univ.-Kinderklinik zu München.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 10.)

In dem mitgeteilten Falle eines 4jährigen Knaben hatte sich unter zu den Beschwerden beim Harnlassen rasch ein Myxosarkom der Prostata en welches schließlich das ganze kleine Becken ausfüllte und durch den Da außen als blumenkohlartige, rötlich graue Geschwulstmasse durchbrach, B Mastdarm frei lassend. Bei der Sektion wurden auch in der Niere z Metastasen gefunden. **Kramer** (Glog

46) C. Goebel. Erfahrungen über die chirurgische Behandlu Cystitis und der Blasentumoren bei Bilharziakrankheit

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 223.)

G. hat im Diakonissenhospital in Alexandria reichlich Gelegenheit durch das Distomum haematobium (Bilharzia) veranlaßte Blasenleiden z achten und zu behandeln. Indem er hier seine reichen Erfahrungen chirurgische Behandlung dieser Fälle mit Sectio alta, mediana, sowie Auss und partieller Resektion der Blase mitteilt, vermehrt er in dankenswerte unsere Kenntnisse über diese bei uns nicht heimischen mannigfaltigen Teil sehr beschwerlichen und in Bösartigkeit ausgehenden Leiden.

Das Vorkommen der Bilharzia beschränkt sich in Ägypten fast ausschließlich auf Araber und Kopten. Die Häufigkeit des Parasiten erhellt schon daraus, daß G. bei über 50 Steinoperationen nur zweimal keine Bilharziaeier nachweisen konnte, und daß er etwa 50mal die Bilharzia vesicae als Nebenbefund bei anderen Krankheiten, insbesondere Ankylostomiasis und Hämorrhoiden konstatiert hat. Von inneren Mitteln wurden die durch den Parasiten bezw. seine Eier und Embryonen verursachten Blasenbeschwerden, Cystitis, Hämaturie etc. durch Milchdiät, Salol und Urotropin, sowie durch roborierende Mittel günstig beeinflußt. Dagegen wirkten Blasenspülungen oft reizend, riefen Anfälle von Pyelonephritis und Fieberanfälle hervor. Stärkere Beschwerden, die von höheren Graden der Bilharziacystitis und noch mehr von den typischen Bilharziageschwülsten der Blase, bestehend in polypösen Granulationsgeschwülsten, veranlaßt sind, verlangen durchgängig einen operativen Eingriff, und hier hat sich dem Verf. die Sectio alta dem in Ägypten sonst vielfach ausgeübten medianen Harnröhrenschnitt bei weitem überlegen gezeigt. G. gibt die Übersicht über seine operativen Maßnahmen in drei Tabellen. Tabelle I enthält 7 Medianschnitte nebst Blasenauskratzung bei Cystitis, zum Teil kompliziert mit Striktur. Tabelle II 9 hohe Blasenschnitte wegen Cystitis, gefolgt von Blasenauskratzung mit stumpfem Steinlöffel und einbis zweitägiger Drainage. Der Eingriff befreite die Kranken von ihren quälenden Symptomen und machte sie wieder arbeitsfähig. Tabelle III 31 Bilharziageschwülste der Blase, zum Teil karzinomatös und sarkomatös. Behandlung mittels Sectio alta, mediana, Kolpocystotomie und Resectio partialis vesicae. Die Fälle dieser Kategorie sind die mannigfaltigsten. Abgesehen davon, daß außer den typischen Bilharziageschwülsten auch echte Karzinome und Sarkome konstatiert wurden, unterschieden sich die einzelnen Fälle sehr wesentlich durch den topographischen Sitz der Geschwülste in der Blase. G. zählt demnach einzeln a. Geschwülste des Trigonum und der Gegend des Orific. int. urethrae; b. Geschwülste des Blasenscheitels; c) Geschwülste, welche die ganze Blase einnehmen, worunter natürlich die der Scheitelgegend operativ am besten anzugreifen sein werden. Im ganzen sind auch hier aber erfreuliche Resultate erzielt, die Kranken durchgängig von ihren hochgradigen Beschwerden befreit und ihr Zustand dauernd gebessert, auch dann, wenn der Schnitt eine bleibende, aber oft nur geringfügige Blasenfistel hinterließ. Cystoskopische Untersuchungen sind übrigens niemals gemacht, teils weil solche des vorhandenen schweren Krankheitszustandes der Blase wegen unmöglich gewesen waren, teils weil auch die Diagnose schon durch die Urinbeschaffenheit und die Resultate der Blasensondierung sicher genug zu stellen war. Außer den die klinischen Daten kurz zusammenstellenden Tabellen sind auch einige Krankengeschichten in eingehenderer Ausführlichkeit mitgeteilt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

47) **L. Görl.** Spontanzertrümmerung eines Blasensteins.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 14.)

Der Blasenstein war bei dem stark fettleibigen 57jährigen Manne cystoskopisch als ein leicht höckriger, roter Harnsäurestein von 2 zu 1 cm Größe festgestellt worden und zerfiel im Laufe einer Entfettungskur des Pat. bei täglichem Genuß von 2 Liter lithionhaltigen Mineralwassers in zwei kleine Konkremente, die spontan entleert wurden; die Blase wurde danach cystoskopisch frei von jeglichem Stein gefunden.

Kramer (Glogau).

48) **Engel** (Kairo). Zur Frage der traumatischen Albuminurie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. p. 217.)

Unter Hinweis auf den von Edlefsen in einem Aufsatze: Nierenquetschung oder Nierenentzündung (Referat s. d. Zentralblatt 1902 p. 554) besprochenen Fall teilt Verf. einen Fall von leichter und nur einmal nach einem Trauma auftretender Eiweißausscheidung mit:

Ein 22jähriger Mann stürzt vom Pferde, fällt zunächst auf die Hände, dann aber im Rückprall mit der rechten hinteren, unteren, seitlichen Thoraxhälfte gegen

eine Art Prellmauer. Er fühlt nur mäßigen Schmerz, Druck, Spannungsgef der rechten unteren Brust- und Bauchseite. Objektiv ist hier nichts nachw dagegen findet sich eine beträchtliche Menge Eiweiß und eine geringe Z menge im Urin; mikroskopisch keine roten Blutkörperchen, keine Formbe teile. — Bei späteren Untersuchungen konnte niemals mehr Eiweiß nachge werden, dagegen fanden sich noch Spuren von Zucker 4 Wochen nach de letzung.

Diese Glykosurie und die einmalige Eiweißausscheidung führt E. au beim Falle zugezogene Nierenquetschung zurück und erklärt durch sie au Schmerzen. Da nach einem solchen Trauma ohne die geringste Spur Blut vo gehend Eiweiß auftreten kann, soll man bei jeder Verletzung, die eine st Erschütterung und Quetschung des Bauches unter dem Thorax, ja auch nu heftige Kontraktion der Bauchmuskulatur veranlaßte, den Urin sorgfältig suchen. E. glaubt, daß dann derartige Albuminurien häufiger als bisher beob werden. **Langemak** (Rostock

49) **O. Seitz.** Beitrag zur Cystennierenexstirpation. (Aus der U Frauenklinik zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 12.)

Die Geschwulst reichte so tief herab, daß ihr unterer Pol vom Dougl noch zu tasten war, und imponierte als multilokuläres glanduläres Ovarialk Bei der Operation gelang es, nach teilweiser Entleerung, die mächtige Gesc vollständig auszuschälen und zu entfernen; der verkürzte, nicht dilatierte leiter mündete in sie in der Höhe des Promontorium ein, mit welchem die verwachsen war. Heilung. — Die Geschwulst bestand aus zahlreichen C deren Anordnung auf dem Durchschnitt noch ungefähr die Bohnenform de erkennen ließ; in einigen kleinen Cysten fanden sich Konkremente, in a myxomatöse Massen oder hämorrhagisch-seröse Flüssigkeit. — Die Urinmen nach der Operation die gleiche wie vor der Exstirpation der nirgends bö Degeneration zeigenden Geschwulst, so daß wahrscheinlich schon lange die nicht mehr funktioniert hatte. **Kramer** (Gloga

50) **P. G. Woolley.** Adrenal tumors.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. Januar.)

Statistik und Kritik der bis jetzt beobachteten Nebennierengeschwülst den gutartigen gehören Fibrome, Lipome, Gliome, Neurome, Häm- und L angiome. Die Fibrome sind meist Fibroadenome, die Lipome erklärt V Adenome mit fettiger Degeneration, die Neurome sind nach seiner Ansic brome. Gliombildung ist nur von Virchow und Marchand beschrieben. nome überwiegen also bei weitem, beginnen entweder klein, multipel in Ma Rinde oder gehen als große solitäre Geschwülste von der Rinde aus, si doppelseitig und bilden vorspringende Knoten, welche jedoch nie das ganze einnehmen. Beschreibung eines cystischen Fibroadenoms. — Angiome sin selten.

Unter den bösartigen Geschwülsten sind Karzinome, Sarkome, End Peritheliome, letztere äußerst selten, zu unterscheiden. Erstere beiden ent in einer der Rindenschichten, wachsen umschrieben und infiltrierend; die nome metastasieren besonders in Leber und Lungen. — Tabellarische Zusa stellung von 22 primären Karzinomen. **Bender** (Leipzi

---

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die V handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreißigster Jahrgang.
Nr. 27—52.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.
1903.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 27. **Sonnabend, den 4. Juli.** **1903.**

Retroduodenale Choledochotomie zur Entfernung von eingekeilten Gallensteinen aus dem retroduodenalen und papillären Teile des Ductus communis.

Von
Dr. A. A. Berg in New York.

Die zuerst durch MacBurney in Vorschlag gebrachte transduodenale Choledochotomie ist ein Eingriff, mit welchem die Entfernung von eingekeilten Gallensteinen aus dem retroduodenalen und papillären Abschnitte des Ductus communis angeblich leicht und mit zufriedenstellendem Erfolge ausgeführt werden kann. Nun ist aber das Verfahren mit solchen Fährlichkeiten verbunden, daß die

Berechtigung, einzugreifen, erst dann auftaucht, wenn alle a
Methoden versagt haben. Abgesehen von den Schwierigkeit
sich schon dem Auffinden der duodenalen Papille des Chole
entgegenstellen können, ist die Eröffnung des Duodenums an s
Schritt, der reiflich überlegt werden will. Die Gefahr lieg
so sehr in einer primären peritonealen Infektion, als vieln
der möglichen Unzulänglichkeit der Verschlußnaht. Ein Spä
wenn auch noch so gering, das offen bleibt, zeigt stets Tend
Erweiterung, und die Folge davon ist bei der Unwahrscheinl
eines spontanen Verschlusses seitens der Duodenalfistel Tod
Inanition. Dem Autor ist ein einschlägiger Fall bekannt, w
transduodenaler Choledochotomie infolge einer Duodenalfistel H
tod eintrat.

Diese Insuffizienz der Verschlußnaht kann wohl kaum
Operateur zur Last gelegt werden; man darf nicht vergesse
in diesen protrahierten Fällen von Gallensteinbildung die peri
Hülle der Blase und der Gallenleiter wiederholt entzündet g
sein muß. Folglich haben sich zahlreiche Verwachsungen g
und das Peritoneum hat von seinem Adhäsionsvermögen ein g
eingebüßt, und dieser Umstand mag Schuld daran tragen, d
auch noch so sorgfältig angelegte Verschlußnähte des Duodenu
unzulänglich erweisen.

Um einer Eröffnung des Duodenums auszuweichen, dach
Autor an einen retroduodenalen Weg zur Erreichung des ret
denalen und papillären Abschnittes des Ductus communis
solches Verfahren macht schlechterdings eine Mobilisation d
steigenden Duodenalastes notwendig, und zwar in einer Ausdeh
daß eine Rotation nach links um eine dem inneren Rande de
entlang laufende Längsachse ermöglicht werde. Die Ausführ
einer derartigen Mobilisation und Einwärtsdrehung des abstei
Duodenalastes am Lebenden wurde durch Kocher demonstrie
das Verfahren in 5 Fällen von Gastroduodenostomie anwandte
1903 Nr. 2).

Dem Autor bot sich bisher keine Gelegenheit, das retroduo
Verfahren zur Erreichung des retroduodenalen und papillären Ab
tes des Choledochus am Lebenden zu prüfen; doch war es ihm
dem Entgegenkommen von Dr. Gallaudet (College of phy
surg.) ermöglicht, die Methode am Kadaver zu studieren. Es
sich nun, daß das hintere parietale Peritoneum dieser Region,
auch der absteigende Duodenalast auffallend lose an die Bauc
geheftet sind, so daß die Trennung von der hinteren Bauch
als auch das Einwärtsdrehen des absteigenden Duodenalaste
leicht bewerkstelligt werden konnte. Die Gefäße waren vorhe
injiziert worden; keines von irgend welcher Wichtigkeit wur
im Wege stehend angetroffen. Die pancreatico-duodenalen A
liegen ungefähr $^1/_4$ Zoll vor dem Ductus und laufen mit
parallel. Eine kleine Vene kreuzte denselben knapp vor

Eintrittsstelle ins Duodenum. Die Übersicht des ganzen retroduodenalen und papillären Abschnittes des Choledochus war eine vorzügliche und Manipulationen an demselben waren sehr leicht ausführbar.

Die einzelnen Abschnitte der retroduodenalen Choledochotomie sind die folgenden:

Ein kleines, rundes, hartes Kissen wird unter die untere Rückengegend geschoben. Dasselbe drängt die hintere Bauchwand nach vorn, wodurch der absteigende Duodenalast und die Gallenleiter zugänglicher gemacht werden.

1) Bauchschnitt durch den rechten Rektus, vom Rippenbogen bis zum Nabel reichend.

2) Freilegung des absteigenden Duodenalastes; Verwachsungen werden zwischen zwei Ligaturen gelöst. Leber wird mittels breiter Haken aufwärts gehalten; Magen und Colon transversum werden durch einen Assistenten zur Seite gezogen.

3) Mobilisation des absteigenden Duodenalastes. Längsinzision des hinteren parietalen Peritoneums 3—4 cm nach außen vom rechten Rande des Duodenums, von der Duodenalflexur zum Mesocolon transversum herabreichend. Der innere oder linke Teil des eingekerbten Peritoneums wird mit dem Finger von der Wand abgehoben, und zwar bis zum rechten Rande des Duodenums; sodann schlüpft der Finger hinter das Duodenum und löst dieses vorsichtig bis zum inneren Rande von den Wirbeln, der Vena cava inferior und Aorta ab. Nunmehr ist das Duodenum bloß ganz lose angeheftet, und zwar oben an der Biegung, unten am Mesocolon transversum und medianwärts entlang dem inneren konkaven Rande, und kann leicht um letzteren als Längsachse nach links rotiert werden. Durch diese Achsendrehung gelangt die hintere Fläche, sowie der retroduodenale und papilläre Abschnitt des Ductus communis nach vorn und wird sonach eine ausgezeichnete Freilegung dieser Teile gestattet. (Der Duktus verhält sich zu den umgebenden Teilen, wie folgt: Der Duodenalzweig der Pancreatico-duodenal-Arterie liegt vor und ungefähr $^1/_4$ Zoll weit ab von demselben; die Begleitvene liegt genau hinter dem Leiter; manchmal kreuzt ein Ast der Vene den Choledochus knapp vor seiner Eintrittsstelle ins Duodenum. Der Ramus mesentericus superior der Vena portae ist weitab nach innen und die Vena cava nach rückwärts gelegen.)

Der Leiter ist leicht zu erkennen. Man kann ihn leicht mit den Fingern fassen, einkerben und daraus eingekeilte Steine entfernen.

4) Reinigung. Die Inzisionsstelle des Duktus wird mit einem schmalen Gazestreifen bedeckt, und nun läßt man den absteigenden Duodenalast in seine Lage zurückgleiten. Ist es nötig, den Ductus communis und die hepatici zu drainieren, so wird der Ductus choledochus in seinem freien Verlaufe im Lig. gastro-hepaticum eingekerbt und hier ein Drainrohr eingelegt. Die Inzision im retroduodenalen

Teile des Duktus kann leicht vernäht werden, obwohl dies
nötig sein dürfte.

Am Kadaver scheint die Operation als ein ungemein zuf
stellender Weg zur Erreichung des retroduodenalen und pap
Abschnittes des Ductus communis. Der Autor erlaubt sic
Methode als eines Versuches wert zu empfehlen und ersuc
freundliche Mitteilung der erzielten Resultate.

---

1) **G. W. Törnqvist.** Über Diagnose und Behandlun subkutanen Kontusionsrupturen des Darmes.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXV. 3. Folge. Bd. II. Nr. 2. [Deutsch.])

T. bringt aus der Universitätsklinik Lund (Prof. Boreliu
neue Fälle von subkutanen Darmverletzungen bei. Der erst
durch Hufschlag verletzt und 11 Stunden nach dem Unfall op
starb, die zwei anderen — einer durch Hufschlag, der andere
Steinwurf verletzt, 6 und 8 Stunden nach der Verwundung l
tomiert — wurden gerettet.

Bei der Besprechung der Fälle, in welcher Verf. besonder
führlich die einschlägige Literatur über Diagnose und Behar
durchmustert, stellt er die für eine Darmruptur besonders cha
ristischen Symptome in folgender Weise zusammen:

1) Bald nach dem Unfall eintretende und stetig fortschre
Steigerung der Pulsfrequenz (bei Abwesenheit anderer auf eine
peritoneale Blutung deutender Symptome).

2) Rasche Verschlechterung des Allgemeinbefindens.

3) An Umfang zunehmende Dämpfung über der Gegen
Gewalt.

4) Rigidität der Bauchwand (défense musculaire).

5) Im Anschluß an den Unfall auftretende, mit oder ohne
brechung anhaltende spontane Schmerzen und Druckempfindlic

In der Behandlung macht er besonders darauf aufmerksan
Opium unter keinen Umständen gereicht werden darf. Auch
phium sollte wenn irgend möglich vor der Operation oder vo
Zeitpunkte vermieden werden, wo die ungefährliche Art der
letzung mit Sicherheit hat konstatiert werden können. — Über E
spülungen nach Reposition des genähten Darmes sagt er: »wen
Anwendung bei Magenrupturen mit überall in der Bauchhöhl
breitetem Mageninhalt wohl berechtigt sein kann, so darf s
Darmrupturen, wo nur der Raum unterhalb des Colon transv
infiziert ist, nicht in Anwendung kommen. In diesem Falle
dieselbe die Gefahr der Verbreitung der Infektion nach den o
intakten Bauchräumen in sich«. — Schließlich rät Verf. drin
von einer ausgiebigen Drainage Gebrauch zu machen, wie früh
nach dem Unfall man auch in die Lage kommen kann zu oper

Hansson (Cimbrisham

2) **Nicholls.** Some rare forms of chronic peritonitis.

(Vortrag auf der 53. Jahresversammlung der Americ. med. associat.)
(Journ. of the americ. med. assoc. 1903. März 14.)

N. beschäftigt sich nur mit der chronischen hyperplastischen Peritonitis. Die erste Form, bei welcher die Peritonealfläche der Eingeweide mit hellen, weißlichen, fibrösen Massen zuckergußartig bedeckt sind, geht vermutlich von irgend einem Reiz, Trauma oder chronischer Erkrankung eines Eingeweides aus. So kam ein Fall zur Sektion, bei welchem offenbar Gallensteine die Ursache bildeten; bei anderen findet sich gleichzeitige Entzündung anderer seröser Häute, eine Form, die N. progressive multiple Hyaloserositis zu nennen vorschlägt; auch hierfür ein Fall kurz angeführt. Zweitens kann Tuberkulose die bekannte Form der hyperplastischen Peritonitis annehmen; sie ist für die chirurgische Behandlung die wichtigste. Endlich kann durch allgemeine Bauchfellkarzinose eine hyperplastische karzinomatöse Peritonitis erzeugt werden, deren ungünstiger Ausgang natürlich ist.

Trapp (Bückeburg).

---

3) **A. Köppen.** Studien und Untersuchungen über Pathologie und Therapie der tuberkulösen Peritonitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 3)

Die Frage nach der Heilwirkung der Laparotomie bei der tuberkulösen Peritonitis ist in den letzten Jahren verschiedenartig beantwortet worden, dergestellt, daß der frühere Enthusiasmus für die Eröffnung der Bauchhöhle von einer Reihe von Autoren gänzlich verurteilt wird. Diejenigen Fälle, welche nach Bauchschnitt in Heilung übergingen, haben das gemeinsam, daß ein abgelassenes Exsudat dauernd verschwunden blieb. Nun ist aber das Exsudat bei der Bauchfelltuberkulose eine nebensächliche Erscheinung, welche oft spät, oft gar nicht auftritt, und es ist nicht angängig, dasselbe als einen Gradmesser für den Zustand des Bauchfells anzusehen. Darum kann man auch aus dem Verschwinden desselben nicht ohne weiteres auf Besserung oder Heilung schließen; dagegen muß man wohl aus dem Bestehenbleiben des Ergusses die Fortdauer des krankhaften Zustandes folgern. Wenn das Befinden also durch den Bauchschnitt günstig beeinflußt wird, so muß derselbe nicht nur das Exsudat beseitigen, sondern auch das Leiden an sich zur Heilung bringen.

Wenn auch das Bauchfell dicht von Tuberkeln übersäet ist, so stehen diese doch nicht so nahe nebeneinander, daß zwischen ihnen hindurch nicht die Resorption vor sich gehen und beendet werden könnte. Am Krankenbett wie am Tierversuch kann man dies Verhalten des Bauchfells beobachten, wie bei hochgradiger Erkrankung desselben die Aufsaugung der Flüssigkeit vor sich geht. Eine weitere Frage, ob vielleicht die enorme Dehnung des Bauchfells die Resorption verhindert, konnte Verf. ebenfalls negativ beantworten; denn wenn er auch das Peritoneum seiner Versuchstiere durch Wasser-

einlauf unter hohem Druck bis zu sichtbarer Schädigung ansp
so war doch die Aufsaugung nicht behindert.

Was den Erguß bei der tuberkulösen Peritonitis betri
unterscheidet er sich vom Transsudat durch seinen Gehalt a
zündungserregenden Stoffen gelöster und ungelöster Art, n
Tuberkelbazillen und ihre Trümmer, Toxalbumosen und Pr
Vor allem drängt sich die Frage auf, warum die ausgeschwe
und ausgestreuten Tuberkelbazillen das Bauchfell nicht stets von
infizieren, da sie doch anfänglich noch größtenteils virulen
und fast sofort, nachdem sie durch Zerfall von Tuberkeln od
andere Art frei geworden sind, wieder mit anderen Stellen des B
fells in Berührung kommen. Dies geschieht wohl dadurch
das Bauchfell für Neuinfektionen unempfänglich geworden ist,
dem es die ersten niedergekämpft hat, also durch eine Im
sierung desselben. Da nun also auf das überlegene Peritoneu
spezifische Reiz der im Exsudat befindlichen Gifte nicht mehr
kann, so verhält sich das letztere dem Bauchfell gegenüber w
Transsudat. Wenn der Erguß demnach nicht resorbiert wird
die Ursache auf einem anderen Gebiet gesucht werden. Zu
Zwecke wurden wiederum Tierversuche vorgenommen, und vor
die Resorption aus der Bauchhöhle von Kaninchen geprüft,
dem sich deren Giftempfindlichkeit als eine geringe herausg
hatte. Daraus ergab sich, daß indifferente Flüssigkeit — wie 0,8
Kochsalzlösung — bald ganz resorbiert war. Bei gleichzeitige
halt an eiweißhaltigem aber sterilem Fremdkörper (Aleuronat
an Tuberkulotoxin war die Resorption verlangsamt, noch mehr,
beide Bestandteile zusammen anwesend waren. Ferner beweis
Tierexperimente, daß die Menge des resorbierten, das heißt
den außerperitonealen Gewebssäften nach der Aufsaugung
lierenden Toxins von Einfluß ist im Sinne einer Verlangsamun
Resorption bei Vermehrung jener Toxinmenge. Das ist di
Erscheinung, wie sie bei der Endosmose statthat. Die Reso
aus der Bauchhöhle hat eine Tätigkeit der epithelialen Auskl
nicht zur Voraussetzung; es kommt lediglich die Diffusion
tracht, und diese ist an die Unversehrtheit der Membran geb
An der Hand dieser Ergebnisse erklärt Verf. das Entstehen w
Fortbestehen des Ergusses bei der menschlichen Bauchfelltuber
im einzelnen, wie in der Arbeit nachgelesen werden mag. Das
bestehen des Ergusses kommt wohl dadurch zustande, daß der
samtorganismus die Immunisierung, welche im Peritonealraum
ist, nicht oder bis zur Zeit nicht gelang. Wird jetzt das E
abgelassen, so muß es verschwunden bleiben, das Bauchfell
zur Norm zurück, und die Erkrankung desselben ist überwu
Das Geheimnis der Heilwirkung der Laparotomie liegt nac
Ansicht darin, daß sie neben der vollständigen Entleerun
Flüssigkeit auch die körperlichen Elemente mit dem stärkeren
entfernt.

Therapeutisch soll man bereits im Anfangsstadium, sobald das Exsudat lästig wird und der Zustand sich nicht erheblich bessert, die Entfernung des Exsudates in Erwägung ziehen und bei Fortdauer dieser Erscheinungen in Ausführung bringen. Als zweckmäßig empfiehlt Verf. neben der Laparotomie die Punktion mit nachfolgender ergiebiger Ausspülung durch physiologische Kochsalzlösung.

In einem Anhang sind die von K. angestellten Tierversuche ausführlich beschrieben. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

4) F. Lange. Eine Plauderei über Appendicitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 337.)

Eine Zuschrift an Esmarch gelegentlich der Feier von dessen 80. Geburtstag, wobei der Jubilar an seine eigene Erkrankung an Appendicitis erinnert wird, die er vor 14 Jahren in New York durchmachte. Zum Glück für ihn hatte »die Ära des indiskriminierten operativen Vorgehens damals noch nicht begonnen« und Pat. genas ohne Operation. In den folgenden Zeilen kennzeichnet L. in zwangloser Weise den eigenen Standpunkt gegenüber der Appendicitistherapie. Obwohl vollauf die Bedeutung und Wirksamkeit des operativen Vorgehens anerkennend, wünscht er doch die Gefahren, die die Operation haben kann, gebührend berücksichtigt zu sehen. Die Operation im akuten Anfall sei auch unter den günstigsten äußeren Verhältnissen nie ganz gefahrlos, und was die Ektomie im anfallfreien Intervalle betrifft, so soll sie bei Leuten, deren Allgemeingesundheitszustand zu wünschen läßt, Emphysematikern, Diabetikern, Nephritikern, nur mit größter Vorsicht indiziert werden. Im übrigen sei bemerkt, daß L. das Symptom der Schmerzhaftigkeit, den sog. MacBurney'schen Punkt, als unzuverlässig für die Diagnose der Appendicitis verwirft, und daß er in therapeutischer Beziehung namentlich auf die Wichtigkeit der Inzision der Abszesse im Douglasschen Raum hinweist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

5) J. Nicolaysen. Experimentelle Appendicitis.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXIV. III. F. Bd. I. Nr. 24. [Deutsch.])

Nach ausführlichem Referat über die bedeutendsten bisher veröffentlichten Arbeiten über künstliche Erzeugung einer Entzündung des Wurmfortsatzes kommt Verf. zu der Schlußfolgerung, »daß wir zur Erklärung des ersten Appendicitisanfalles fast allein auf die Annahme einer auf den Wurmfortsatz übertragenen Enteritis angewiesen sind. Dem Experimentalpathologen wird daher die Aufgabe gestellt, den Zusammenhang zwischen infektiöser Enteritis und derjenigen lokalisierter Entzündung im Wurmfortsatz zu erklären, welche Ulcerationen und Narben oder Wandverdickung und Schwellung der Schleimhaut hervorruft, wie man sie bei der chronischen Appendicitis findet«.

Verf. sagte sich nun, wenn man eine herabgesetzte Vitalitä Wurmfortsatz künstlich hervorrufen könnte, so würde eine r folgende Darminfektion vielleicht besonders deletär an dieser S wirken und lokale Nekrose nebst Ulceration hervorrufen.

In einer ersten Versuchsreihe suchte Verf. eine lokale Dispos im Wurmfortsatz durch subkutane Einspritzung vom Toxin Bakterium coli commune hervorzurufen, nachdem er sich d überzeugt hatte, daß nach einer solchen Einspritzung Schwel der Schleimhaut in der Appendix erfolgte. Nach solcher Einsprit wurden 10 Tiere (Kaninchen) mit Streptokokkenkultur gefüttert dritten Tage trat Diarrhöe ein. 8 Versuchstiere zeigten keine änderungen im Wurmfortsatz, 2 andere boten solche, die für Str kokkenwirkung charakteristisch sind.

In einer zweiten Versuchsreihe wurden 11 Tiere zunächst Streptokokkenkultur, 4 Tage später mit 20 ccm einer 2 Tage Bouillonkultur von Bakterium coli (von einer ulcerösen Ente gefüttert. Dabei zeigten die pathologischen Veränderungen anderen Charakter, und zwar um so ausgeprägter, je länger die nach der Fütterung lebten. Zahlreiche, dichtstehende, zum Teil fluierende, stark geschwollene Follikel, Verdickung der Schleim in ihrem ganzen Umfange, sowie in allen übrigen Schichten Wurmfortsatzes waren die Haupterscheinungen; aber auch purul Inhalt zeigte sich, und eine deutliche Retention, Empyem war handen — jene Veränderungen, wie man sie im Wurmfortsatz Menschen mit chronischer Appendicitis findet bei Operationen freien Intervall und nicht zu lange nach einem Anfall.

Das hauptsächliche Interesse bei den Versuchen Verf.'s lie der Ähnlichkeit zwischen den experimentell hervorgerufenen änderungen und denjenigen, welche man bei chronischer App citis beim Menschen nachweisen kann. »Wenn diese Versuche weiskraft erhalten sollen für die Theorie, daß der ätiologische sprung der Appendicitis in einer infektiösen Enteritis zu su ist, so müssen sie indessen fortgesetzt werden.«

Der Arbeit ist eine kolorierte Tafel mit 4 Abbildungen beigeg

Hansson (Cimbrishamn

---

6) **H. Küttner.** Über Pseudoappendicitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

An der v. Bruns'schen Klinik wurde im Laufe eines J dreimal bei Intervalloperationen der Wurmfortsatz vollkommen, mikroskopisch normal und seine Umgebung ziemlich unveränder funden. Die Diagnose auf Appendicitis war in allen drei Fällen Grund der typischen Symptome gestellt worden, zweimal befanden Internist und Chirurg betreffs Diagnose und Indikationsstellun völliger Übereinstimmung. Verf. möchte auf Grund dieser obachtungen darauf hinweisen, daß die Gefahr besteht, eine Ap dicitis häufiger zu diagnostizieren, als sie in Wirklichkeit bes

Eine solche Pseudoappendicitis kann, abgesehen von der bei hochgradig nervösen und neuropathisch belasteten Personen, bisweilen durch sehr ausgesprochene Schmerzhaftigkeit der Ileocoecalgegend, besonders durch schmerzhafte Darmkoliken vorgetäuscht werden. Die Gasanhäufung im Dickdarm bewirkt eine Vorwölbung und Druckempfindlichkeit der Regio ileocoecalis durch Dehnung des an sich schon weitesten Darmabschnittes des Blinddarmes.

Die praktische Bedeutung der Erkenntnis, daß scheinbar sichere Symptome einer Appendicitis ihren Grund in anderen Affektionen haben können, möchte Verf., bei allem theoretischen Interesse, nicht zu hoch angeschlagen wissen. Niemals darf dieselbe dazu führen, bei Vorhandensein der charakteristischen Symptome von der Einleitung der rationellen Behandlung der Appendicitis abzusehen.

Blauel (Tübingen).

---

7) **W. Meyer.** Was können wir bei akuter Appendicitis diagnostizieren?

(New Yorker med. Monatsschrift 1902. Nr. 7.)

Verf. wendet sich gegen die Ansicht, daß man die wirklich anatomisch-pathologischen Störungen des erkrankten Darmanhanges durch genaueste Untersuchung feststellen kann. Zunächst gibt er eine eingehende Darlegung seines Standpunktes zu der Frage, ob und wann soll man operieren; er ist unbedingter Anhänger der Frühoperation; zum mindesten soll man jeden Kranken nach überstandenem ersten Anfall raten, sich seinen Wurmfortsatz exstirpieren zu lassen, da niemand in der Lage ist, das weitere Schicksal des Kranken, ob er einen neuen Anfall bekommen wird oder nicht, zu prognostizieren. Die Frage lautet für M. nicht, wie kann man eine Appendicitis diagnostizieren, sondern was kann man bei gestellter allgemeiner Diagnose durch die Untersuchung feststellen über die besondere Art der Erkrankung und über die Aussichten einer sofortigen Operation. 1) Bestimmung der Lage der Appendix. Sie gelingt annähernd mit Hilfe des Druckschmerzes, wobei der MacBurney-sche Punkt maßgebend ist. Liegt der Druckschmerz oberhalb jener Linie entlang der Crista ilei, so wird man in der Annahme nicht fehlgehen, daß der Wurmfortsatz nach hinten geschlagen ist. Dahin gehört auch die Untersuchung durch Scheide oder Mastdarm. M. erwähnt auch die Methode von Meltzer als von großem Nutzen; drückt man mit der Hand so tief wie möglich in der Nähe des Burney'schen Punktes in den Bauch ein und läßt nun den auf dem Rücken liegenden Kranken das Bein langsam beugen, so muß der entzündete, auf dem Ileopsoas liegende Wurmfortsatz unter starken direkten Druck kommen und daher schmerzhafter werden als vorher. 2) Klassifikation der Art der Entzündung. Verf. leugnet entschieden, daß wir in dieser Frage irgend einen bestimmten Aufschluß geben können. Er fand bei vielen Hunderten von ihm operierter Fälle die vorher gestellte genauere Diagnose bestätigt, in ebenso vielen

aber nicht. Er wendet sich bei aller sonstigen Anerkennun
Verdienste Sonnenburg's um die Kenntnis der Appendicitis
seine Thesen, welche auf dem Chirurgenkongreß 1902 verlesen wu
Wichtiger ist dem Verf. überhaupt, daß wir jetzt wohl ims
sind, zu sagen, dieser Fall muß sofort operiert, jener muß
klinisch beobachtet und eventuell operiert und ein dritter ka
trost exspektativ behandelt werden. 3) Was können wir in Bezu
den Grad und die Ausdehnung einer komplizierenden Peri
diagnostizieren? Hier besitzen wir viele Zeichen, um die ver
dene Ausbreitung einer Bauchfellentzündung zu erkennen.

Die Aufzählung würde hier zu weit führen; sie decken sic
den allgemein bekannten. Besonders wichtig erscheint dem
der früh auftretende Druckschmerz in der linken Lendengege
eine vorhandene oder drohende allgemeine Peritonitis. Schütt
kommt in seltenen Fällen auch vor, ohne daß der nachher
pierte Wurmfortsatz perforiert war. Zum Schluß der interess
Arbeit warnt Verf. nachdrücklich vor der bimanuellen Palp
welche leicht eine drohende Perforation wirklich herbeiführen

Tschmarke (Magdebur

---

8) **Mühsam.** Die im Verlaufe der Blinddarmentzün
auftretenden Fisteln.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd XI. Hft.

Während M. in seiner früheren Publikation (Grenzgebiete
über das gleiche Thema aus dem Sonnenburg'schen Material
daß in 16,3% der Fälle von Appendicitisoperationen Fisteln zu
blieben, fand er bei den seitdem operierten 815 Fällen nur in
Fistelbildung.

Er unterscheidet die Fisteln je nachdem sie ohne opera
Eingriff oder nach einer Operation entstanden sind. Die ers
münden entweder in die Haut, Darm, Scheide oder Blase.
nur die nach der Haut führenden gaben Anlaß zu operativem
greifen, das in Exstirpation des Wurmfortsatzes zu bestehen
Die nach dem Darm und der Scheide führenden Fisteln schl
sich entweder bald von selbst oder machen kaum Beschwerden
den in die Blase führenden Fisteln gab nur eine Anlaß zur O
tion, welche in Enteroanastomose bestand.

Die nach Operationen zurückbleibenden Fisteln zerfallen in
fache, Eiter oder Schleim sezernierende, und solche, die Ko
sondern. Erstere sind zurückzuführen auf in der Tiefe lie
Seidenligaturen, Kotsteine, zurückgebliebene Teile des Wurm
satzes, welche Schleim produzieren. Bei den Kotfisteln findet
direkte Kommunikation mit dem Darm statt, entweder mit
Wurmfortsatz, oder, wenn dieser ganz entfernt wurde, mit dem
darm, sei es, daß die Ansatzstelle des Wurmfortsatzes die
bildet, sei es, daß durch Schädigung der Serosa bei der ersten O
tion ein Loch im Darm sich bildete. Sichere Versorgung de

tragungsstelle des Wurmfortsatzes bildet die beste Prophylaxe gegen Entstehung dieser Fisteln. Man hat auch hier den etwa vorhandenen Wurmfortsatz zu entfernen, andernfalls muß das Loch im Darm nach gehöriger Mobilisierung übernäht werden, bisweilen sind Darmresektionen oder Enteroanastomosen nötig. Von den 54 Fällen mit Fistelbildung starben 5, wovon 4 mit Tuberkulose des Bauchfells behaftet waren. Trotzdem also die Prognose der nicht tuberkulösen Fisteln eine gute ist quoad vitam, so ist die Fistelbildung doch wegen der Disposition zur Entwicklung von Hernien eine unangenehme Komplikation der Appendicitis. **Haeckel** (Stettin).

---

9) **Adolf Becker.** Über gleichzeitige Erkrankungen an Appendicitis und Cholelithiasis resp. Cholecystitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 246.)

B. knüpft seine Arbeit an fünf lehrreiche, aus der Tätigkeit W. Müller's in Aachen und Rostock stammende Beobachtungen an, in denen bei denselben Pat. Appendicitis und Cholelithiasis resp. Cholecystitis vorhanden und operativ behandelt ist. Aus den ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten geht hervor, daß nur in einem Falle die rechtzeitige Diagnose beider Affektionen verfehlt wurde, und daß deshalb zur Behandlung derselben zwei verschiedene operative Eingriffe erforderlich waren; in den anderen Fällen war von vornherein die Diagnose auf beide Leiden gemeinsam gestellt, und wurden daher denn auch beide in einer operativen Sitzung vorgenommen. Die Diagnose des doppelten Leidens stützt sich dabei darauf, daß die Pat. Unterleibskoliken zweifacher Art, sei es gleichzeitig, sei es umschichtig einerseits in der Gallenblasengegend, mit oder ohne Ikterus, andererseits in der Blinddarmgegend, mit oder ohne Exsudat etc. gehabt hatten, und daß auch beide leidende Stellen Druckempfindlichkeit gezeigt hatten. Die gleichzeitige operative Versorgung beider Krankheitsherde geschah mittels eines vertikalen Schnittes am äußeren Rektusrande, der nach Bedarf entweder von oben nach unten oder umgekehrt zu verlängern war. Während am Wurmfortsatz es sich stets um die Vornahme der typischen Appendektomie handelte, wurde am Gallensystem je nach Lage der Verhältnisse bald eine Lösung pericholecystitischer Verwachsungen, bald eine Cystostomie oder Ektomie, bald auch eine Choledochotomie bezw. eine Kombination zwischen diesen Eingriffen vorgenommen. Stets aber verlief die Heilung der vorgenommenen Doppeloperation ungestört, auch wenn, wie öfters der Fall, es zu reichlichem zeitweisem Gallenfluß aus der Wunde kam.

Die Häufigkeit des Zusammentreffens von Appendicitis und Cholelithiasis erhellt daraus, daß die fünf einschlägigen Fälle Müller's auf 125 von diesem Chirurgen vollzogene Gallensteinoperationen (4%) und auf 164 Appendicitisoperationen (3%) sich verteilen. Aus den Operationsberichten anderer Chirurgen hat B. sodann noch 34 analoge

Fälle (darunter 10 bezw. 18 allein Kehr gehörig) gesammelt
reproduziert kurz deren Krankengeschichten. Auch diese Fäll
legen das nicht seltene Vorkommen der fraglichen Doppelkrank
woraus sich die Wichtigkeit ergibt, frühzeitig gegebenen Falls
Affektionen zu diagnostizieren und sie therapeutisch beide gl
zeitig durch eine Laparotomie zu erledigen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven

---

10) **B. Honsell.** Über die isolierten Brucheinklemmun des Wurmfortsatzes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Unter dem kasuistischen Materiale der Literatur über isol
Brucheinklemmungen des Wurmfortsatzes konnte Verf. nu
siebzehn, größtenteils der neueren Literatur angehörenden Fälle
volle Überzeugung gewinnen, daß es sich um echte Einklemmu
eines normalen Processus gehandelt hat. Auf Grund dieses M
riales und weiterer vier Beobachtungen aus der Tübinger chirurgis
Klinik bespricht Verf. dann eingehend das klinische Bild, die
tomischen Verhältnisse, die Diagnose, die Prognose und Therapie d
seltenen Erkrankung. Bei sämtlichen Pat. wurde durch die
ration, die einzige in Frage kommende Therapie, Heilung erzie

Blauel (Tübingen

---

11) **M. v. Čačković.** Über Hernien bei abnormer Lage Hodens.

(Liečnički viestnik 1903. Nr. 4 u. 5. [Kroatisch.])

Für die abnormen Lagen des Hodens acceptiert Verf. die
teilung Kocher's, nur daß er die Benennungen für die Aba
derselben mit den Benennungen der Hernien in Einklang bri
Daher bezeichnet er z. B. als properitoneale Hernie und ebenso
Ektopie die Lage der Hernie oder des Hodens zwischen Fascia tr
versa und Peritoneum parietale.

Die abnorme Lage des Hodens kann eine Hernie auf versc
dene Weise beeinflussen: 1) die Hernie nimmt denselben Weg,
der Hoden; 2) der Hoden folgt einer schon bestehenden Her
3) der Hoden hindert die Hernie, ihren gewöhnlichen Weg zu ge
und lenkt sie auf einen anderen Weg ab; 4) die Hernie verdr
den Hoden auf eine Stelle, wo er sich nomaliter niemals befi
und 5) Ektopie und Hernie bestehen nebeneinander.

Verf. erörtert nun die möglichen Kombinationen bei versc
denen Lagerungen des Hodens, zeigt wie die zahlreichen Variet
entstehen und gibt diagnostische Anhaltspunkte. Eine auch
auszugsweise Wiedergabe der Details würde den Rahmen e
Referates weit überschreiten.

Bei Behandlung eines mit abnormer Lage des Hodens kom
zierten Bruches ist die Hernie und der Hoden zu berücksichtig

Für die Hernie gelten im allgemeinen die gewöhnlichen Regeln der Bruchbehandlung. Betreffs des Hodens kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) er ist zu erhalten, wenn es wahrscheinlich ist, daß er funktionstüchtig ist oder werden wird und wenn er auf seinen normalen Platz gebracht werden kann (konservative Behandlung) und 2) er ist zu entfernen, wenn es offenbar ist, daß er funktionsuntüchtig oder bösartig degeneriert ist, wenn er nicht auf seinen normalen oder einen solchen Platz gebracht werden kann, wo er vor Insulten und ungünstigen Einflüssen geschützt ist, und schließlich, wenn er von den Elementen der Hernie nicht losgelöst werden kann (radikale Behandlung).

Verf. gibt nun eine Übersicht der Methoden der konservativen Behandlung, beginnend mit den unblutigen Eingriffen (Moyens de douceur), und zeigt dann historisch die Entwicklung der Orchidopexie, indem er sämtliche Methoden kurz beschreibt, um schließlich eine solche Operation ausführlich zu beschreiben (hauptsächlich nach Duchesne), bei der er folgende zwei Akte unterscheidet: 1) Loslösung und Verlegung des Hodens, 2) Fixation.

Auf T. Wikerhauser's Abteilung wurden in den letzten 6 Jahren 225 Männer mit Leistenbrüchen behandelt, darunter fünf Kranke mit abnorm gelegenen Hoden (vier Brüche waren eingeklemmt, einer frei; drei eingeklemmte und ein freier wurde von Wikerhauser, ein eingeklemmter vom Verf. operiert).

Im ersten Falle handelte es sich um falsche crurale Ektopie bei inguinaler Hernie; der Hoden wurde erfolgreich ins Skrotum verlagert und mit Naht fixiert. Im zweiten Falle handelte es sich um eine inguinoperineale Hernie bei pubischer Retention des Hodens; der Hoden wurde ins Skrotum ohne Fixation verlagert, stieg aber wieder in pubische Retention. Im dritten Falle verschloß der in der Apertur des subkutanen Leistenringes gelegene Hoden den Weg für den Austritt der Hernie, welche sich infolgedessen zwischen M. obliquus ext. und Fascia transversa ausbreitete. Der Funiculus spermaticus war am inneren Ringe mit starken nicht zu lösenden Adhäsionen verwachsen; infolgedessen konnte der Hoden weder in das Skrotum, noch in die Bauchhöhle gebracht werden; daher schritt man zur Kastration. Fall 4 ist dem dritten ganz analog, nur konnte der Hoden in das Skrotum verlagert und dort durch Tamponade zurückgehalten werden. Im fünften Falle handelte es sich um eine inkomplette Hernie bei intrainguinaler Retention des Hodens. Der Hoden mußte im Inguinalkanal belassen werden, da er sich wegen Verwachsungen nicht verlagern ließ, Pat. aber für die Kastration die Zustimmung verweigert hatte. v. Cačković (Agram).

12) **V. Remedi.** Sulla frequente coincidenza dell' ernia coll' idrocele.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1903. Nr. 29.)

Verf., der Leiter der chirurgischen Universitätsklinik in Cagliari, hat vor 3 Jahren in der Clinica chirurgica bereits 14 Fälle von Hydrokele veröffentlicht, in denen der Processus peritoneo-vaginalis nicht oder nicht vollständig geschlossen war. Jetzt werden 11 weitere Fälle von Hydrokele mitgeteilt, unter denen sich 8mal, darunter 1mal bei einem Erguß in den Nuck'schen Kanal, eine peritoneale Ausbuchtung fand. Die drei übrigen Fälle veranlaßten R., seine Behauptung, daß zwischen Hydrokele und unvollständiger Obliteration des Processus peritoneo-vaginalis regelmäßige Beziehungen vorhanden sind, in etwas einzuschränken. Obwohl sich aus der relativ kleinen Zahl von 25 Fällen das prozentuale Verhältnis dieser Beziehungen nur unsicher ableiten ließe, weist Verf. doch darauf hin, daß bei jeder Hydrokelenoperation der Schnitt bis zum Leistenkanal gemacht werden muß, um einen offenen Processus peritoneo-vaginalis event. aufzufinden, exzidieren und die Entstehung einer Hernie verhüten zu können. **Dreyer** (Köln).

---

13) **G. Ekehorn.** Über den Mechanismus des Darmverschlusses durch das adhärente Meckel'sche Divertikel.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXIV u. XXXV. 3. Folge. Bd. I u. III. Nr. 25 u. 3. [D.])

Je nach dem Grade der Rückbildung, welche der Ductus omphalo-entericus mit den dazu gehörigen Bildungen, besonders den Vasis omphalo-mesaraicis, durchgemacht hat, ist das Divertikel auf eine der folgenden drei Hauptformen zurückzuführen.

1) Das offenstehende Meckel'sche Divertikel. Hier hat der Dottergang keine Obliteration erlitten, er steht in der ganzen Strecke vom Darm bis zum Nabel offen und mündet nach auswärts wie eine angeborene Kotfistel. Ist die Nabelöffnung hinreichend weit, so tritt alsbald durch Eversion ein Vorfall des Divertikels mit dem angrenzenden Teil des Ileum auf, und die baldige Folge davon ist Darmverschluß durch Vergrößerung des Vorfalls.

2) Das adhärente Meckel'sche Divertikel. Der Ductus omphalo-entericus hat sich in seinem an den Nabel grenzenden Teil geschlossen und ist als Divertikel am Darm stehen geblieben. Je nachdem die Gefäße mehr oder weniger obliteriert sind, vom Nabel nach dem Divertikel oder von diesem nach dem Mesenterium verlaufen, wird ein Strang oder eine Öse gebildet. Die letztgenannte Form ist diejenige, welche am häufigsten einen Darmverschluß verursacht.

3) Das freie Meckel'sche Divertikel. Dieselben Veränderungen des Ductus omphalo-entericus wie im zweiten Falle sind hier eingetreten, dazu kommt aber noch, daß das Ligamentum terminale frei in die Bauchhöhle hineinragt oder — wenn die Obliteration noch weiter geschritten ist — auch ganz und gar fehlt. — Durch Darm-

invagination, die gewöhnlich damit beginnt, daß sich das Divertikel in den Darm hineinstülpt, kommt am häufigsten der Darmverschluß bei dieser Form zustande. Weniger häufig entsteht bei ihr Ileus durch Einschnürung einer Darmschlinge durch Schlingen- oder Knotenbildung des Divertikels. Schließlich kann das freie Divertikel als Inhalt eines inkarzerierten Bruches Darmocclusion verursachen.

Nach sorgfältiger Durchmusterung fast aller in der Literatur veröffentlichten Fälle ist Verf. zu dem Schlusse gekommen, daß die Befestigung des Endstranges des adhärenten Meckel'schen Divertikels an der vorderen Bauchwand, einschließlich derjenigen an der Blase, als kongenital zu betrachten sei. Die Möglichkeit, daß eine sekundäre Verwachsung vereinzelt vorkommen kann, ist dabei nicht ausgeschlossen; die Anheftungspunkte liegen aber dann zerstreut in der Bauchhöhle und nicht — wie bei den kongenitalen Formen — innerhalb eines bestimmten Gebietes. Von 44 in dieser Richtung durchmusterten Fällen waren die Ansatzpunkte folgendermaßen verteilt: Am Nabel 24, in der Nabelgegend 12; unterhalb des Nabels an der vorderen Bauchwand 4; an der Blase 1, oberhalb des rechten Leistenringes resp. des Lig. Pouparti 2 und an der rechten »Plica genito-enterica« 1mal. Die Abgangsstelle des Divertikels vom Darm befand sich im Durchschnitt 60—75 cm oberhalb der Valvula coli.

Wenn die Art. omphalo-mesaraica auf der Strecke vom Nabel bis zur Divertikelspitze obliteriert und verschwunden ist, in ihrem weiteren Verlauf aber von der Divertikelspitze hinab nach dem Mesenterium fortbesteht, so entsteht das mit dem Mesenterium bezw. dem Darm verwachsene, sog. ringbildende Divertikel. Der Ring besteht also aus dem Divertikel mit dessen Endligament, den nächsten Teilen des Darmes und dem entsprechenden Teil des Mesenteriums. Unter 67 Fällen, die Verf. in dieser Beziehung durchmustert hat, fand er die Befestigung am Mesenterium des Darmes in der Nähe der Ursprungsstelle 31mal, oberhalb 1mal, unterhalb 5mal, in der Nähe des Blinddarmes 5mal, am Mesocolon transversum 2mal, an der Darmwand 11mal (in 10 Fällen fehlte die Angabe, in zwei hieß es »am Eingange des kleinen Beckens«).

Nach Besprechung dieser anatomischen Formen erörtert Verf. zunächst unter kritischer Durchmusterung der Literatur die von früheren Verfassern aufgestellten Erklärungen des Zustandekommens des Darmverschlusses durch das mit der vorderen Bauchwand verwachsene Meckel'sche Divertikel (Cazin, Leichtenstern, Treves). Da jedoch keiner der aufgestellten Erklärungsversuche auf die beiden vom Verf. beobachteten Fälle anwendbar war, stellte er eine neue Theorie des Occlusionsmodus auf, welche bei Durchmusterung der Krankengeschichten von den 42 übrigen zusammengestellten Fällen sich als die am häufigsten vorkommende darbot. »Diese Form des Verschlusses kommt dadurch zustande, daß der unmittelbar an das Divertikel grenzende Teil des Darmes über dasselbe hinweggeschlagen wird; es besteht eine vollständige Knickung oder häufiger eine Tor-

sion des Darmrohres an der Ursprungsstelle des Divertikels.« 22 be
27 der zusammengestellten Fälle lassen sich durch diesen Vorg
erklären. — Verschluß (Einschnürung) durch Schlingenbildung e
mit der vorderen Bauchwand verwachsenen Divertikels hat V
5mal gefunden. Dabei hat sich die betreffende Darmschlinge n
nur einfach über das Divertikel geworfen und ist hängen geblie
sondern es hat eine ganze Tour um dasselbe herum gemacht.
Durch Knotenbildung zwischen einer Darmschlinge und dem
der vorderen Bauchwand verwachsenen Divertikel ist Versch
2mal zustande gekommen. Ferner ist 2mal durch Zug an der
gangsstelle des Divertikels Verschluß zustande gekommen. U
den übrigen 8 Fällen der Zusammenstellung war nichts genau
sicherzustellen, da es sich hier fast immer um Operierte hand
bei welchen der Zweck des Eingriffs eine genauere Untersuch
verbot.

Der Darmverschluß durch das mit dem Mesenterium oder D
verwachsene Meckel'sche Divertikel, das sog. ringbildende Di
tikel, hat man bisher ausschließlich als durch Einklemmung u
demselben entstanden betrachtet. Verf. weist aber nach, daß
Mechanismus sicher häufiger derselbe ist wie bei dem mit der
deren Bauchwand verwachsenen Divertikel. Der unmittelbar an
selbe angrenzende Darmabschnitt fällt durch den Ring, und d
Torsion oder Knickung an der Abgangsstelle des Divertikels ents
der Darmverschluß. Zu dieser Form rechnet Verf. 27 bezw. 34 F
seiner Zusammenstellung. Durch Einklemmung durch das r
bildende Divertikel ist Darmocclusion nur in 10 Fällen entstan
— Schließlich war in einigen Fällen der Occlusionsmodus n
völlig klar.

Den Grund für eine abnorme Peristaltik, die zu einem Hinü
schlagen des benachbarten Darmabschnittes führt, sucht Verf. n
den etwaigen begleitenden Veränderungen des Mesenteriums d
daß der Darm an Freiheit eingebüßt hat; »derselbe kann sich n
dilatieren ohne sich in abnorme Krümmungen zu legen, so daß
Schlinge leicht in der Weise herübergeworfen werden kann, daß
nicht mehr imstande ist sich zurückzuziehen«.

Verf. schließt seine überaus fleißige Darstellung mit einer
sprechung der klinischen Erscheinungen und des Operationsmo
Die Arbeit bietet eine Kasuistik von 111 Fällen aus der L
ratur (zwei eigene Beobachtungen) und drei photolithographierte Ta
im Texte außerdem 11 Abbildungen. **Hansson** (Cimbrishamn)

---

14) **Wilms.** Wie entstehen Achsendrehungen (Volvulus)
Dünndarmes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 4.)

Die begünstigenden Momente, die zu einem Volvulus der Fl
führen, sind lange Flexur, geblähter Scheitel und schmaler Stiel

selben, sowie Abnormitäten des Mesenterium. Man hat aus Analogieschlüssen nun die gleichen Faktoren auch für die Achsendrehungen des Dünndarmes beschuldigt; indessen ergibt eine genauere Durchsicht einschlägiger Publikationen, daß man Flexurvolvulus und Dünndarmvolvulus in ihrer Ätiologie nicht gleichstellen kann. Die genauer beobachteten Fälle von Dünndarmvolvulus zeigen fast ohne Ausnahme den gemeinsamen Befund, daß vom unteren Dünndarmende der Dünndarm immer so weit in die Torsion hineingezogen ist, bis die Fixation am Blinddarm ein weiteres Hineingehen verhindert. Vom oberen Teil des Dünndarmes ist ein mehr oder weniger großes Stück oder das ganze Jejunum, oft auch noch ein Stück des oberen Ileum frei. Auf diese Weise ergibt sich eine Ähnlichkeit mit den Befunden, die Verf. in früheren ausführlichen Arbeiten bei Strangulationen und Knotenbildungen des Darmes nachweisen konnte, und er glaubt daraus den Schluß ziehen zu dürfen, daß der Mechanismus, der für dieses Hereinholen des abführenden Dünndarmschenkels bei der Strangulation und Knotenbildung von ihm verantwortlich gemacht wurde, auch bei den Achsendrehungen des Dünndarmes eine Rolle spielen muß. Für diesen Mechanismus, bei welchem die Darmperistaltik den abführenden Schenkel des Darmes in den Volvulus hereinholt, sprechen noch andere Gründe. Es zeigen sich nämlich wie bei der einfachen Strangulation auch an der torquierten Darmpartie mehrfache Schnürringe.

Um die Vorgänge bei der Achsendrehung einer kleineren Dünndarmschlinge zu erklären, erörtert W. weiterhin die normale Peristaltik und normale Lage des Dünndarmes. Es gibt nämlich normalerweise Kreuzungen der Darmschenkel, die zugleich Achsendrehungen des Darmes sind, aber Achsendrehungen ohne Strangulation, ohne Circulationsstörungen am Mesenterium. Daß aus solcher Darmlage sich eine Achsendrehung mit Strangulation entwickeln kann, ist nicht schwer zu erklären, und es ist genauer geschildert, wie auf dieser Grundlage durch Knickung und Wegstörung an dem über das Mesenterium laufenden abführenden Schenkel die Achsendrehung einer kleinen Dünndarmschlinge zu einer Achsendrehung ausgedehnter Darmpakete werden kann. Betraf die primäre nicht pathologische Achsendrehung eine Ileumschlinge, so wird das Ileum bis zum Blinddarm in dieselbe einbezogen, zeigt sich die primäre Achsendrehung am oberen Jejunum, so kann das ganze oder fast das ganze Jejunoileum gedreht werden. Was die Drehungsrichtung betrifft, so lag bei dem größten Teile der Beobachtungen eine Drehung im Sinne des Uhrzeigers vor; also von rechts über vorn nach links in linksgewundener Spirale dreht sich der Stiel. Diese Drehung im Sinne des Uhrzeigers erscheint dem Verf. als die gewöhnliche, sozusagen als die normale Art der Drehung. Es können aber auch Achsendrehungen im entgegengesetzten Sinne vorkommen. Volvulusfälle des Dünndarmes sind wohl häufiger als man gemeinhin an-

nimmt, und ebenso dürfte es häufig zur spontanen Lösung de
vulus kommen.

Therapeutisch ist aus der Theorie des Verf. über die Äti
der Knotenbildungen und Achsendrehungen und ihren Zusar
hang mit der Peristaltik zu folgern, daß man die letztere mög
beruhigen muß; das entspricht auch den längst bekannten
rungen, daß man im Beginn solcher Ileusfälle nie Ricinusöl, so
Morphium verabreichen soll. Bei Operationen wird man vom
darm aus sich am besten orientieren können, da der unterste
teil immer zur Torsionsstelle führt. Die Fälle von Volvulu
Dünn- und Blinddarmes, bei denen letzterer sich auch noch mi
den Mesenterialstiel geschlagen hat, lassen sich nur so erklären
hier der Blinddarm durch die Peristaltik der gedrehten Schling
das Mesenterium herübergezogen worden ist, ebenso wie der
Teil des Ileum, der abführende Dünndarmschenkel. Der Blin
ist also, da er beweglich war, dem Ileum gefolgt. Auch die
funde bei Dünn- und Blinddarmvolvulus beweisen also, daß di
schauung des Verf. von der Tätigkeit der Peristaltik und dem M
nismus der Entstehung des Volvulus richtig ist.

E. Siegel (Frankfurt a/M

---

15) **V. S. Grusdew.** Zur Technik der Laparokölioto

(Russki Wratsch 1903. Nr. 1 u. 2.)

G. gießt nach Beendigung der Operation physiologische
salzlösung in die Bauchhöhle und schließt letztere darauf.
spülte er die Därme jedesmal nach der Operation in meh
erneuter Kochsalzlösung in der Bauchhöhle; endlich ersetzte
Kochsalzlösung durch Locke's Flüssigkeit (nach C. Schmidt
zept). Kontrollversuche an Tieren (unter G.'s Leitung von
mow, Zalensky und Santschenko ausgeführt) zeigten, daß
Vorgang die Zahl der Mikroorganismen in der Bauchhöhle seh
mindert und so den Kampf des Organismus mit der Infekti
leichtert. Auch die Erfahrungen am Krankenbett bestätigte
Nutzen der Spülung und Einführung von Flüssigkeit in die B
höhle: von 28 »trocken« Operierten starben 3, von 104 mit
Versorgten nur eine Pat. mit aussichtsloser Bauchfelltuberkul

Gückel (Kondal, Sarato

---

16) **v. Hacker.** Berichtigung zu Dr. Regling's Mitte
»Über solitäre Darmstenosen« — Deutsche Zeitschrif
Chirurgie Bd. LXV p. 310.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 184.)

v. H. erinnert daran (seine diesbezüglichen Prioritätsansp
wahrend), daß er zuerst eine der Heineke-Mikulicz'schen P
plastik analoge Enteroplastik bei Darmstriktur ausgeführt,
die erste am Menschen gelungene Enteroanastomose gemach

und äußert, daß er der letztgenannten Operation das Bürgerrecht in der Darmchirurgie verschafft zu haben glaubt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

17) **Neuweiler.** Beitrag zur Anwendung des Murphyknopfes bei Magen- und Darmoperationen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 4.)

In dieser Fortsetzung des früher referierten ersten Teiles seiner Arbeit bespricht Verf. die Vorzüge des Murphyknopfes vor der Naht: die raschere Ausführbarkeit der Anastomose, die einfache Technik. Verwachsungen und Knickungen sind freilich entgegengesetzt der früheren Meinung der Verehrer des Knopfes auch bei ihm ebensowenig ausgeblieben wie in der Umgebung einer Seidennaht. Was die spätere Verengerung der circulär angelegten Darmverbindungen betrifft, so ist die Knopfmethode der Nahtmethode ein wenig überlegen. In funktioneller Hinsicht ist eine sorgfältig ausgeführte Naht nach Czerny-Lembert im allgemeinen ebenso gut, aber bei Operationen an engen Därmen, z. B. bei Kotfisteln, gibt sie eher schlechtere Resultate wie die Knopfmethode. Bei lateralen Anastomosen am Darme dürften beide Verfahren vollkommen gleichwertig sein. Bei lateralen Magen-Darmanastomosen kann durch eine sorgfältige Schleimhautnaht und weites Anlegen der Fistel die früher sehr gefürchtete Narbenstenose fast ganz vermieden werden. Ja bei Anlegung gehörig langer Schnitte und exakter Schleimhautnaht ist die Gefahr einer späteren Stenosierung bei der Naht weniger wahrscheinlich wie bei der Knopfmethode. Ähnliches gilt für die Gastroduodenostomie. Besonders häufig und besonders lange bleibt der Knopf im Darm zurück, wenn er in Blindsäcke oder durch Verwachsungen und Stränge verengte Darmschlingen geraten kann, und es ist in diesen Fällen immer die Gefahr der späteren Perforation vorhanden. Bei der vorderen Gastroenterostomie sollte die Anwendung des Knopfes eingeschränkt werden, da gerade bei ihr die Nachteile, wie Perforation und Zurückfallen des Knopfes, ganz besonders hervorgetreten sind, während eine Reihe von Chirurgen mittels derselben bei Nahtausführung ebenso gute Resultate erzielt haben wie mit der hinteren Gastroenterostomie. Am häufigsten treten im übrigen Perforationen auf bei Dünndarmverbindungen nach Resektionen wegen eingeklemmter Hernien und bei Dickdarmoperationen, namentlich circulären Ileokolostomien. In vielen Fällen ist die Ursache der Perforation eine fehlerhafte Technik oder die Verwendung schlechter Knöpfe. In allen Fällen, wo eine gute Adaptierung der Serosafläche nicht vorhanden ist und wo nicht bereits eine starke Spannung der Darmränder besteht, gewährt eine Hilfsnaht nach Ansicht des Verf. der Anastomose eine größere Sicherheit und sollte darum fast immer angelegt werden. In den Fällen aber, wo man zum Voraus eine stärkere Spannung erwarten kann, sollte von der betreffenden Darmverbindung ganz abgesehen und eine andere ausgeführt werden.

Die Arbeit enthält eine außergewöhnlich große Fülle k
schen Materials, das mit klarer Übersichtlichkeit geordnet is
jeden, der sich über die bisherige Literatur über den Murpl
unterrichten will, ist sie eine angenehme Zusammenstellur
Wissenswerten. Zum Schluß sind noch einmal kurz alle Oper
zusammengestellt, in denen die Knopfmethode ratsam und ir
sie besser zu vermeiden ist. **E. Siegel** (Frankfurt a

18) **Enderlen.** Zur Behandlung der Perforationen un
reißungen der Gallenblase. (Aus der chir. Klinik in Ma

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 12.)

E. unterzieht in der kurzen Abhandlung die von Bal
und Guardini gemachten Versuche, Gallenblasendefekte dur
geschnittene Serosamuskularislappen zu verschließen, einer Kri
kommt unter Hinweis auf die von Marchand u. a. gemach
perimente und die Erfahrungen verschiedener Chirurgen z
Schluß, daß das Schicksal der transplantierten Serosamuske
in Untergang derselben bestehen werde. Beim Hunde würd
E. experimentell feststellte, der definitive Verschluß des
blasendefektes durch die Leberlappen geleistet; beim Mensc
ein Aneinanderlagern der mächtigen Lappen aber nicht zu e
und würde es nach dem Untergang des Serosamuskellappe
Perforation kommen, falls nicht das Netz sich vorlagere u
Verwachsung komme. Es sei deshalb letzteres zum Versch
verwenden oder bei ausgedehntem Defekt die Exstirpation der
blase vorzunehmen. **Kramer** (Glog

19) **F. Kuhn.** Prophylaxe und operationslose Behar
des Gallensteinleidens.

(Berliner Klinik Hft. 177.)

Verf. fordert behufs genauer Beobachtung des Einzelfalles S
sanatorien für Gallensteinleiden.

Als mechanische Prophylaxe empfiehlt Verf. jegliche A
Leibesübungen, Sport, Gymnastik (freie, Heil- und schwedische
nastik), Massage mit Vorsicht eventuell im warmen Bade. Da
spricht Verf. den Einfluß der Kleidung, besonders Korsett, Leibl
Reformkleidung und die diätetische (häufige Mahlzeiten!) und
therapeutische Prophylaxe. Im zweiten Teil soll die medikan
Prophylaxe und die Behandlung mittlerer und schwerer Fälle
Operation folgen. **E. Moser** (Zitt

Kleinere Mitteilungen.

Ein Fall von Invaginatio ileo-coecalis, verursacht durch ein invaginiertes Meckel'sches Divertikel[1].

Von

Dr. J. P. zum Busch,
Chirurgischer Oberarzt am German Hospital London.

Am 21. November 1902 konsultierte mich der 21jährige Akrobat S. K. Derselbe gab an, seit etwa 14 Monaten an dumpfen Schmerzen zu leiden, die meist in die Nabelgegend verlegt wurden. Gleichzeitig sollen häufiges Aufstoßen und abwechselnd Durchfälle und Verstopfung vorhanden gewesen sein. Der stets auf Reisen befindliche Kranke suchte im Laufe des vergangenen Jahres zahlreiche Spezialisten in verschiedenen Ländern auf, meist wurde ein Magenleiden angenommen und Diätkuren empfohlen, in Leipzig wurde auch längere Zeit der Magen ausgespült. Eine Besserung, auch nur vorübergehender Art, wurde nie erzielt. Eine Untersuchung des kräftig entwickelten Mannes ergab eigentlich nichts Abnormes, nur schienen die Muskeln der rechten Bauchseite etwas stärker gespannt wie die der linken; dies wurde jedoch vom Kranken auf seine später zu beschreibende Tätigkeit zurückgeführt, bei der das rechte Bein und die rechtsseitigen Bauchmuskeln besonders angestrengt wurden. Da eine Diagnose bei einmaliger Untersuchung unmöglich schien, schlug ich dem Kranken vor, sich auf meine Abteilung im German Hospital behufs genauerer Beobachtung aufnehmen zu lassen. Der Vorschlag wurde angenommen, doch erschien der Kranke erst am 23. November, nachdem er in der Zwischenzeit noch viermal, allerdings unter den größten Schmerzen aufgetreten war. Seine Arbeit bestand außer anderem darin, daß er, auf dem Rücken liegend, zehn Personen auf seinen ausgestreckten Füßen balancierte; die den Bauchmuskeln zugemutete Anstrengung war um so größer, als diese Personen nicht ruhig standen, sondern Purzelbäume etc. ausführten. In der Nacht von Sonnabend auf Sonntag trat heftiges Erbrechen ein, der Kranke konnte nichts mehr bei sich behalten, zugleich erfolgten unter großem Tenesmus mehrere flüssige Entleerungen, über deren Aussehen nichts bekannt ist. Da der Zustand sich am Sonntag noch verschlechterte, suchte er spät am Abend das Krankenhaus auf, wo ich ihn Montag ganz früh sah. Der Pat. bot nun ein sehr verschiedenes Bild dar gegen Freitag; er hatte den schweren abdominalen Ausdruck mit eingefallenen Wangen und spitzer Nase; es war stark kollabiert und hatte einen schwachen, unregelmäßigen Puls von 120 Schlägen in der Minute. Es bestand häufiges Erbrechen großer Mengen galliger, aber nicht kotig riechender Flüssigkeit, die sogenannten Durchfälle bestanden fast ausschließlich aus Blut. Während der linke Rectus abdominis schlaff war, bildeten die Segmente des rechten Rektus stark vorspringende Knollen. Eine kindskopfgroße Schwellung mit gedämpftem Schall und von ziemlich harter Beschaffenheit füllte die Ileocoecalgegend aus. Es handelte sich zweifellos um eine Darminvagination, die in den letzten Tagen entstanden war; die vorhergegangenen Beschwerden ließen sich mit einer Darmgeschwulst, vielleicht einem Polypen, vereinigen, und diese seit längerer Zeit bestehende Geschwulst wurde als die wahrscheinliche Ursache der Invagination betrachtet.

Auf Grund dieser Diagnose wurde dem Kranken der Bauchschnitt als einziges Rettungsmittel vorgeschlagen.

Die sofort vorgenommene Operation verlief folgendermaßen: Nachdem die Bauchhöhle durch einen über die Höhe der Schwellung verlaufenden Schrägschnitt

[1] Nach einem in der Clinical Society of London gehaltenen Vortrage.

eröffnet war, stieß man auf ein Darmpaket, das als eine Invaginatio ileo
erkannt wurde. Die mit aller Vorsicht vorgenommene Desinvagination w
der festen Einschnürung und wegen der brüchigen Beschaffenheit der D
dung äußerst schwierig, gelang aber schließlich doch, ohne daß ein penet
Einriß in den Darm erfolgt wäre. Die Serosa war allerdings an viele
bis in die Muskularis eingerissen. Sobald das letzte Darmstück entwic
entleerte sich aus dem nun leeren Intussuscipiens eine große Menge dur
Bruchwasser aussehender Flüssigkeit. Das Intussusceptum enthielt i
zentralen Ende eine harte, rundliche Geschwulst, die das Darmlumen fa
verschloß. Da das ganze Intussusceptum brandig war, so wurde es in ein
von 1 m reseziert und nun nach Verschluß der beiden Enden eine breite
Anastomose angelegt. Dies schien vorteilhafter als eine Circulärnaht,
Darmteile weithin ödematös waren und eine seitliche Anastomose mit
einanderlagerung großer Flächen aus diesem Grunde mehr Aussichten a
Verklebung bot als eine End-zu-End-Vereinigung. Trotz der großen
des Kranken und der bedeutenden Verlängerung der Operation zog ich die
Resektion der Anlage eines Kunstafters vor, da letzterer bei seiner ho
der Ernährung große Schwierigkeiten gemacht hätte. Es wurde ein Ga
auf die Nahtlinie geführt und die Bauchwunde im übrigen durch Eta
geschlossen. Der Kranke war am Ende der 1³/₄ Stunde dauernden Opera
kollabiert, reagierte aber gut auf Kochsalzinfusionen und sonstige Sti
Erbrechen und Schmerzen hörten sofort auf, Stuhlgang erfolgte von se
36 Stunden. Ein Abszeß in der Nahtlinie verlangte die teilweise Wieder
der Bauchwunde, sonst verlief die Heilung ohne weitere Störung, und k
Kranke am 7. Januar geheilt entlassen werden. Eine Hernie in der Na
sich im Laufe der nächsten Monate, welche der Pat. mit seiner Truppe a
verbrachte, ausbildete, habe ich vor einiger Zeit, wie es scheint, erfolgr
riert. Immerhin habe ich dem Kranken den Rat gegeben, lieber zu eine
»Spezialität« überzugehen, und will er jetzt Jongleur werden, da in dies
die Bauchpresse weniger angestrengt wird.

Das resezierte Dünndarmstück war etwas über 1 m lang und zum
Teile brandig. In seinem oberen Abschnitt war es fast völlig verschloss
eine rundliche, polypoide Masse, welche in das Lumen hineinragte. Be
Untersuchung fand man, daß es sich um ein Meckel'sches Divertikel
welches wie ein Handschuhfinger umgestülpt war und in den Darm hi
Als Ursache dieser Einstülpung mußte man ein kleines, etwa haseln
Lipom ansehen, das sich subserös an der Spitze des Divertikels entwick
Diese primäre Invagination, die offenbar seit längerer Zeit bestanden hat
in den der Operation vorhergehenden Tagen zusammen mit der anstr
und den Bauch ganz besonders treffenden Tätigkeit des Kranken zu eine
dären Invaginatio ileo-coecalis.

Das Meckel'sche Divertikel hat, wie eine Durchsicht der Literat
chon häufig Anlaß zu schweren Störungen der Darmpassage gegebe
handelte es sich allerdings, wie auch Hilgenreiner (1) in seiner sch
Fälle umfassenden Arbeit nachweist, um Verwachsungen des Divertikels m
teilen oder der Bauchwand; die dadurch gebildete Brücke oder Schlei
als Falle, in welche der Darm sich einklemmte oder durch welche er a
oder torquiert wurde. Viel seltener sind die Fälle, in denen es zu einer Ei
des Divertikels mit oder ohne sekundäre Darminvagination kam, und
diesen Fällen, die bisher eine entsprechend hohe Sterblichkeit gezeig
wollen wir uns hier beschäftigen.

Hilgenreiner, der, wie erwähnt, diesen Gegenstand am ausführlic
handelt hat, konnte 16 Fälle von Invagination des Meckel'schen Divert
sammenstellen; diesen reihen sich 9 weitere an, die, aus der englis
amerikanischen Literatur stammend, in der Arbeit von Dobson (2)
sind; mein Fall wäre dann der 26. Im folgenden habe ich die Fälle in
zusammengestellt.

I. 5 Fälle, bei denen nur das Divertikel eingestülpt war.

Es sind 2 Fälle von Heller, bei denen die Abnormität als Nebenbefund bei der Sektion gefunden wurde und während des Lebens kaum Symptome gemacht hatte; ferner je 1 Fall von Ewald, Kuttner und Robinson. Der Fall von Ewald starb ohne Operation, die beiden anderen trotz derselben. Alle 5 Fälle finden sich bei Hilgenreiner citiert.

II. 1 Fall, in welchem Einstülpung eines Meckel'schen Divertikels und gleichzeitig Volvulus bestand.

Beschrieben von Maroni (bei Hilgenreiner). Tod nach der Operation.

III. Fälle, bei denen neben der Einstülpung des Meckel'schen Divertikels eine Intussusception von Ileum in Ileum oder Coecum resp. Colon bestand.

Es sind da zuerst vier Museumspräparate zu nennen, zwei davon befinden sich im St. Bartholomews-Hospital zu London, sie sind näher beschrieben von Adams (3) und Willett (4). Ferner beschreibt Treves (5) zwei Präparate aus dem Guy's Hospital und aus dem Museum des Royal College of Surgeons zu London.

Des weiteren finden sich in der Literatur zwei sehr interessante Fälle beschrieben, in welchen es nach elftägigem schwerem Kranksein mit Ileus zum spontanen Abgang eines invaginierten Ileumstückes kam, an welchem das ebenfalls eingestülpte Divertikel hing. Im Falle Hirschsprung (bei Hilgenreiner) wurden 40, im Falle O'Conor (6) 27 cm Darm abgestoßen und dadurch Heilung erzielt.

Gehen wir nun zu den Fällen über, bei welchen wegen Einstülpung des Divertikels und gleichzeitiger Intussusception des Ileums operativ eingeschritten wurde, so finden wir zuerst solche, bei welchen die Desinvagination des Ileums leicht und eine Resektion in der Kontinuität des Darmes nicht nötig war. Solcher Fälle giebt es 5; es starben die Fälle von Hohlbeck (Hilgenreiner) und Travers (7); geheilt wurden die Fälle von Bayer und Wainwright (beide bei Hilgenreiner) und der von Pitts (8).

Eine teilweise Resektion mußte auch Dobson machen, der die Invaginatio ileo-colica leicht reduzieren konnte, dann aber die Ansatzstelle des invaginierten Divertikels in weitem Umkreise resezieren mußte. Dieser Fall wurde geheilt.

Zum Schlusse haben wir die Fälle zu betrachten, bei denen die Desinvagination unmöglich war und ein größerer oder kleinerer Abschnitt des Ileums wegen Gangrän reseziert werden mußte. Nur de Quervain (Hilgenreiner) hat in einem solchen Falle nach der Resektion einen Kunstafter angelegt und seinen Kranken verloren. Die übrigen Autoren suchten durch Naht oder Murphyknopf das Darmrohr wieder herzustellen. Von den so operierten Fällen starben 5, es sind die Fälle von Stubenrauch, Studsgard, Weil und Fränkel (citiert bei Hilgenreiner), sowie die von Eve (9) und Erdmann (10), die beide mit dem Murphyknopfe operiert waren. Durch die Resektion geheilt wurden nur die Fälle von Brunner und der meinige. Im Brunner'schen Falle wurden 20 cm, in dem meinigen über 100 cm reseziert. Zudem ist es nicht ganz sicher, ob es sich in dem Brunner'schen Falle wirklich um ein Meckel'sches Divertikel gehandelt hat. Es fand sich nämlich an der Spitze des Divertikels ein Nebenpankreas; ein ganz gleicher Fall wurde von Nauwerck beobachtet; auch hier fand sich am Darme ein Divertikel mit einem Nebenpankreas, außerdem aber fand sich, und zwar am Lieblingssitze der Meckel'schen Divertikel, ein zweites Divertikel, das als eigentliches Meckel'sches angesprochen wurde, während das erstere als falsches Divertikel und als von dem Nebenpankreas verursacht betrachtet wurde. Wie immer dem auch sei, aus dem Gesagten geht hervor, daß die Einstülpung des Meckel'schen Divertikels als eine sehr schwere Erkrankung betrachtet werden muß. Von 26 Fällen starben 18, 2 wurden spontan geheilt, 4 durch Laparotomie und einfache Reduktion des invaginierten Darmes, 2 durch Darmresektion und sofortige Wiedervereinigung des Darmes.

Was nun die Ursache der Einstülpung des Divertikels anlangt, so s
kleine Geschwülste, die sich an der Spitze des Divertikels entwickeln, g
sonders anzuschuldigen zu sein. Sechsmal werden Lipome, Fibrome o
Nebenpankreas erwähnt. Daß, wie von mancher Seite behauptet wird, di
kraft des an der Divertikelmündung vorbeiziehenden Kotes die Umstülpu
Divertikels herbeiführt, scheint mir sehr zweifelhaft.

London, Juni 1903.

Literatur.

1) Hilgenreiner, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIII. Hft. 3.
2) Dobson, Lancet 1903. April 25.
3) Adams, Transact. patholog. society 1892. p. 75.
4) Willett, St. Bartholomew's hospital reports 1891.
5) Treves, Intestinal Obstruction. London. 2. Auflage.
6) O'Conor, Brit. med. journ. 1894. Vol. II.
7) Travers, Lancet 1902. Juli 19.
8) Pitts, Brit. med. journ. 1901. Vol. II.
9) Eve, Ibid.
10) Erdmann, Annals of surgery 1900. Februar.

---

20) **R. Meyer** (Berlin). Über eine adenomatöse Wucherung d
rosa in einer Bauchnarbe.

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XLIX. Hft. 1.)

M. untersuchte eine mit dem Uterusscheitel zusammenhängende Bau
die nach ventraler Uterusfixation mittels Silkwormdauerfaden entstanden
kundär wegen heftiger Beschwerden im Zusammenhang mit dem Uterus
exzidiert worden war. Die ganze Narbenmasse, welche alle Schichten der
wand durchsetzte, war erfüllt mit epithelialen Cysten, Kanälen und d
Schläuchen, für deren Entstehung M., der unstreitig wohl die größte Er
auf dem Gebiete der einschlägigen Differentialdiagnose besitzt, das Seros
des fixierten Uteruskörpers heranziehen zu müssen glaubt.

Dieser Befund warnt davor, allein aus der morphologischen Gestalt
ähnlicher Bildungen eine Diagnose auf eventuell versprengte embryonale
zu stellen. **Kroemer** (Gieß

21) **D. Kusnetzki.** Ein seltener Fall von Stichschnittwunde.

(Chirurgie 1903 Januar. [Russisch.])

Ein 19jähriger Arbeiter erhielt am 30. August einen Messerstich in die
gegend. Operation nach 22 Stunden. Erweiterung der Wunde im Nive
7. Rippe in der vorderen Axillarlinie; Pleurahöhle mit Mageninhalt an
3 cm großes Loch im Zwerchfell. Zweiter Schnitt am linken Rektusrand.
tonitis. 2 cm lange Wunde vorn oben am Magen; Naht derselben, Spü
Bauchhöhle und der Pleura mit heißer Kochsalzlösung. Schluß der Bauch
Drain in die Pleura nach Naht des Zwerchfelles. Am 4. September wu
verklebte Pleurawunde geöffnet und viel stinkendes Exsudat entfernt. 1
tember Resektion von 10 cm langen Stücken aus der 6.—9. Rippe, da die
höhle sich nicht schloß. Die 6. Rippe wurde kariös und mußte am 20. F
am 26. April, am 10. Juli und am 7. September ausgeschabt werden. Er
dieser letzten Operation Heilung, die 1 Jahr später anhält.

Gückel (Kondal, Sarato

22) **L. Strominger.** Abdominale Quetschwunde durch Hufschl
Darmperforation.

(Presa med. romàna 1903. Nr. 6 u. 7.)

Der betreffende Pat. hatte einen Hufschlag auf die vordere Brustfläche,
Höhe der 9.—10. Rippe, einige Centimeter von der Medianlinie entfernt, er

Es war war daselbst eine 2frc.-große, oberflächliche Ekchymose, sonst aber keine Verletzung sichtbar. Pat. war bewußtlos umgestürzt, erholte sich aber rasch. Trotzdem in den ersten zwei Tagen keine beunruhigenden Symptome aufgetreten waren, wurde auf Grund der erhöhten Temperatur und der außerordentlichen Empfindlichkeit der Bauchdecken eine Darmverletzung vermutet und die Laparotomie ausgeführt. Es ergoß sich in reichlicher Menge eine dünne, trübe Flüssigkeit, und wurden am Anfangsteile des Dünndarmes zwei kleine, mit Pseudomembranen bedeckte Platzwunden der Darmwand gefunden. Da die Nachbarteile ekchymosiert und brüchig waren, wurde eine Naht der Wunden unterlassen, eine Drainierung nach v. Mikulicz gemacht und die Höhle mit Jodoformgaze ausgefüllt, nachdem vorher die freie Flüssigkeit aufgesaugt und die Bauchhöhle mit sterilem Serum gewaschen wurde. In der Folge wurden tägliche subkutane Einspritzungen von je 2 Litern künstlichen Serums gemacht. Verbandwechsel nach 7 Tagen und des weiteren jeden 2. Tag. Heilung nach einem Monate.

E. Toff (Braila).

23) **Le Roy des Barres.** Traumatisme de l'abdomen. Mort par inhibition.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 31.)

Ein kräftiges, gesundes Individuum erhielt bei einem Streit einen Faustschlag ins Epigastrium und sank lautlos nieder.

4 Stunden darauf Sektion: Im großen Netz eine »Ekchymose« zwei Finger unterhalb der großen Kurvatur des Magens, der ca. 1 Liter wenig verdauten Speisebreies enthält. Im übrigen nigends eine Spur von Verletzung oder Veränderung. Da Vergiftung auszuschließen war, nimmt Verf. an, daß es sich um plötzlichen Tod infolge des Traumas handelt. **V. E. Mertens** (Breslau).

24) **L. Flerow.** Ein Fall von Heilung des perforierten Darmes unter Klemmpinzetten.

(Chirurgie 1903. Januar. [Russisch.])

Inkarzerierter Leistenbruch, Darm mit schiefergrauen und schwarzen Flecken bedeckt, stellenweise mit dem Bruchsack verwachsen. Bei der Lösung platzt eine brandige Stelle; es werden zwei Klemmen angelegt, worauf kein Inhalt mehr hervortritt. Der Darm wird fixiert und außen gelassen. Am nächsten Tage sieht die Serosa viel frischer aus und ist über den Pinzetten verklebt. Letztere wurden entfernt; kein Vortreten von Darminhalt. In den nächsten Tagen wird die Schlinge ganz frisch, die Perforationsöffnung schließt sich vollständig, und 12 Tage nach der Operation wird der Darm gelöst und in die Bauchhöhle reponiert. Heilung.

Gückel (Kondal, Saratow).

25) **S. S. Wirssaladze.** Besitzen die Darmwürmer eine ätiologische Bedeutung bei der Appendicitis?

(Bolnitschnaja gaz. Botkina 1902. Nr. 29.)

Auf Grund von sorgfältigen und wiederholten Untersuchungen des Kotes bei 60 Patienten mit Appendicitis schließt W.: Die Lehrevon der Abhängigkeit der Appendicitis von Darmparasiten gehört alten Beobachtern; die gegenwärtigen Erfahrungen in dieser Frage sind noch ungenügend, um die in der Überschrift gestellte Frage zu bejahen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

26) **E. Pagenstecher.** Dürfen wir die Bauchfelltuberkulose operativ behandeln?

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 208.)

P. unterzieht die Arbeiten von Wunderlich, Rose und Borchgreving, welche die Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose in ihrem Werte stark herabgesetzt, zum Teil diese Operation sogar ganz verworfen haben, einer eingehenden

objektiven Kritik, deren Ergebnis bei gleichzeitiger Verwertung eige
tischer Erfahrungen des Verf. dahin geht, daß die Operation nach w
bestimmten Fällen und bei gewissen Bedingungen ihre Berechtigung beh
gibt P. die spontane Heilungsfähigkeit des Leidens zu und befürwort
Therapie ein eklektisches Verfahren, hier intern und exspektativ, dor
Diese Grundsätze innegehalten, kann die Behandlung des Leidens der
verbleiben. Zum Schluß folgt die eigene Kasuistik P.'s, in ausführlichen
geschichten mitgeteilt. Es handelt sich um folgende Fälle:

A. mit freiem Exsudat.

Nicht operiert 3 (2 †, 1 gesund).

B. Scheingeschwülste.

1 operiert, erst Besserung, dann † an Meningitis.

C. Trockene Form.

1 mit Darmobturation, durch Operation geheilt.
1 nicht operiert, †.

Meinhard Schmidt (Cuxh

27) **O. Funkenstein.** Eine eigentümliche Taschenbildung d
toneums.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 208.)

Es handelt sich um einen zufälligen Sektionsbefund bei einer 6
Männerleiche, erhoben im pathologischen Institut in Bern. Ein Mec
Divertikel, mit seiner Wurzel nahe dem Mesenterialansatz am Darme a
und in seinem Verlaufe horizontal nach rechts gerichtet, bildet zusam
einem an ihm vorhandenen Mesenteriolum, welches sich an der hinter
des Mesenteriums inseriert, eine bruchsackartige Bauchfelltasche, die al
cessus ileomesentericus bezeichnet werden könnte. Näheres erläutern zwe
und eingehende Detailbeschreibung, an welche auch ein kurzer entw
geschichtlicher Erklärungsversuch für die Mißbildung geschlossen wird.

Meinhard Schmidt (Cuxha

28) **A. Wiesinger.** Über akute Darmwandbrüche der Linea a
der vorderen Bauchwand mit Ausgang in Gangrän.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 83.)

Bericht über zwei einschlägige sehr interessante und in ihrer Art n
kleine Kinder betreffend. Das Krankheitsbild war so typisch, daß auf G
im 1. Falle gemachten Erfahrung in dem anderen die Diagnose gestel
Die Kinder erkrankten plötzlich, in Fall 1 sicher, in Fall 2 wahrs
beim Stuhlgangpressen, an heftigen Leibschmerzen, gefolgt von perit
Reizerscheinungen, Erbrechen, Stuhlverstopfung, auch (Fall 2) blutig-sc
Durchfällen. Eine Hernie konnte nicht gefunden werden. Hiernach f
scheinbar gesunder Zustand von 8—14 Tagen, dann aber unter Fiebertem
eine diffuse tiefe Abszeßbildung zwischen Bauchfell und Bauchmuskulat
der Nabelgegend schließlich zutage trat. In diesem Stadium kamen di
ins Spital. Hier waren ausgedehnte Bauchdeckenspaltungen zur Abszeße
notwendig, wobei beide Male kleine Darmfisteln als Grund der Abszedie
gefunden wurden. In Fall 1 saß die Fistel in der Nabelgegend, in Fa
der rechten Spin. il. a. s. Während Fall 2 bei Behandlung im Wasserba
kam es bei Fall 1 nach bereits recht gut fortschreitender Heilung zu ein
vorfall, der eine Resektion erforderte, infolge dieser aber wegen des s
Kräftezustandes durch Kollaps zum Tode führte. Beide Male ist das gan
heitsbild nur derart zu deuten, daß eine Inkarzeration eines Darmwa
eingetreten ist, welcher gangränös wurde, wonach weiterhin die Abszeßb
der Bauchwand zustande kam. Bruchpfortenbildung bezw. ein kleiner
Fascia transversa, Bruchaustritt und alsbaldige Darmeinklemmung g
wahrscheinlich alle gleichzeitig und akut beim Stuhlgangpressen. Ein
ein 5jähriges Mädchen betreffend und der Arbeit erst nachträglich ku

gefügt, war vor der Spitalaufnahme 9 Wochen als Peritonitis tuberculosa gedeutet. Auch hier zeigte das skelettartig magere Kind einen großen Bauchdeckenabszeß, nach dessen Spaltung sich in der Linea alba eine Schleimhautfistel präsentierte. Durch diese kam man mit der Sonde in den Magen. Das Kind starb nach zehn Tagen an Inaniton, und zeigte die Sektion, daß es sich um einen akuten Magenwandbruch mit Ausgang in Gangrän gehandelt hatte, ein Vorkommnis, welches noch nicht beobachtet zu sein scheint. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

29) Caspersohn. Zur operativen Behandlung des Magenkrebses.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 500.)

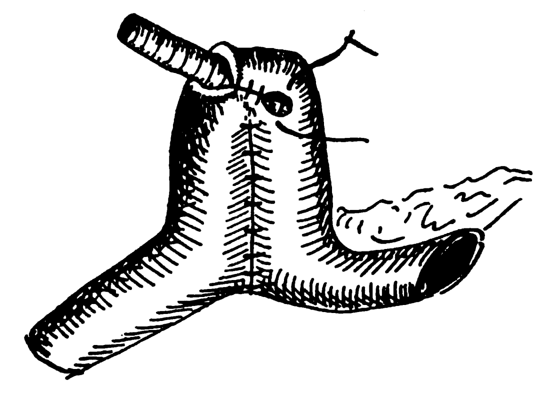
C. teilt seine Erfahrungen über Magenkarzinom mit, die er von 1890—1900 im Altonaer Diakonissenhaus gesammelt hat. Gesamtzahl der aufgenommenen Fälle 54, wovon 16 als vollständig aussichtslos nur intern behandelt und bald gestorben sind. Bei den übrigen ist 16mal die Probelaparotomie, 2mal die Gastroenterostomie, 20mal die Pylorusresektion ausgeführt. 11 Pat. starben im Anschluß an die letzte Operation = 55%, während von den 9 geheilt entlassenen zur Zeit 4 noch gesund leben, und zwar $7^1/_2$, 5, $4^4/_{12}$ und $4^3/_{12}$ Jahre nach der Operation, was 44,4% Radikalheilung ergibt.

C. hat stets nach der ersten Billroth'schen Methode operiert. In der Bauchdeckennaht hat er einen kleinen Schlitz offen gelassen, zur Einführung eines kleinen drainierenden Gazestreifens auf den Kreuzungspunkt der Magennähte. Dieser Streifen fand sich beim ersten Verbandwechsel meist etwas feucht, so daß eine leichte Nahtinsuffizienz an der gefährdeten Stelle angenommen werden mußte. Der Gastroenterostomie steht C. als einem seiner Unvollkommenheit wegen beim Karzinom verwerflichen Verfahren fast ganz ablehnend gegenüber.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

30) N. J. Napalkow. Anlegung einer Darmfistel bei Magenkrebs.
(Chirurgie 1903. Januar. [Russisch.])

In Fällen von unheilbarem Magenkrebs, wo die Gastrostomie oder die Gastroenterostomie unmöglich ist, empfiehlt N. zur Linderung der Schmerzen eine Fistel am Darme, etwa 30 cm vom Pylorus entfernt, anzulegen. Es werden drei Fälle beschrieben. Die Fistel wird nach Witzel's Methode angelegt. Die ersten zwei Pat. gingen nach 21 resp. 22 Tagen infolge Peritonitis nach Perforation des Magens zugrunde. Die Operation brachte hier Schwinden der Schmerzen (entgegen Mikulicz's Angaben). Einführung von größeren Speisemengen auf einmal (mehr als 200,0) rief unangenehmes Gefühl im Unterleibe hervor. Um eine Art Speiserezipienten zu bilden, empfahl Botschkarew folgende Modifikation (s. Zeichnung): Man zieht eine Dünndarmschlinge vor die Wunde und legt von beiden Seiten zwischen den beiden Schenkeln eine Naht durch Serosa und Muskularis an; dann wird am Scheitel der Schlinge der Darm geöffnet und die Scheidewand zwischen den Nahtreihen durchschnitten. Schließlich Anlegung der Fistel. Tierversuche zeigten die Brauchbarkeit der Methode. Sie wurde daher von Prof. Djakonow im dritten



Falle beim Menschen angewendet. Pat. starb am 3. Tage (Magenperforation). Der Darm mit der Fistel und dem Rezipienten war in gutem Zustande. — Beim ersten Pat. wurde der Darm nicht an die Haut, sondern an das hintere Blatt der Rektus-

scheide angenäht; Darmpassage gut. In Fall 2 wurde der Darm an
genäht — und während der ersten 3 Tage war die Durchgängigkeit unvol
es staute sich Flüssigkeit im Magen (Stenose der Darmlichtung).

Gückel (Kondal, Sara

31) **Freund.** Über Pylorusstenose im Säuglingsalter.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XI. H

F. berichtet über sechs in der Breslauer Kinderklinik beobachtete F
ersten Falle wurde von v. Mikulicz die Gastroenterostomie mit Enteroan
ausgeführt. Danach hob sich das Allgemeinbefinden bedeutend, allein na
viertel Jahre traten profuse Magenblutungen auf, unter den Erscheinun
Peritonitis erfolgte der Tod. Es fanden sich Ulcerationen im Jejunum
aber nicht als peptische Geschwüre ansprechen möchte, da im Leben kein
chlorhydrie bestanden hatte, im Gegenteil Untersuchungen nach der C
wiederholt Abwesenheit freier Salzsäure ergeben hatten. Die übrigen fü
wurden ohne Operation behandelt; zwei davon heilten, die anderen starb
merkenswert ist, daß zwei derselben Geschwister betrafen.

Für die Frage, ob die Krankheit auf einer organischen Stenose, bedin
muskluäre Hypertrophie des Pylorus, oder auf bloßer spastischer Kontrakt
selben beruhe, ergab besonders ein Obduktionsbefund einen Hinweis: es
der Pylorus durch Wasserdruck von 1 m Höhe vollständig zur Erschlaffung
F. hält das Vorkommen echter Geschwülste im Sinne Hirschsprung's
wenig wahrscheinlich und neigt mehr zur Auffassung eines nervösen Kr
in manchen Fällen vielleicht bedingt durch Hyperchlorhydrie. Bezüg
Therapie rät er zu einem Versuch mit interner Therapie, besonders Er
mit Vollmilch zur Bindung der überschüssigen Salzsäure des Magens; falls
aber nicht bald Erfolg hat, solle man nicht lange mit der Operation wart

Haeckel (Stett

32) **E. Fuchsig.** Ein Fall von Atresia et Hypoplasia ilei con infolge fötaler Verlagerung in eine Mesenteriallücke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 364.)

Beobachtung aus dem Kaiser Franz Josef-Spitale in Wien (Primarius
eissen). Ein neugeborener Knabe stirbt am 4. Lebenstage, nachdem
Stuhlgang eingetreten und der Leib stark meteoristisch geworden war —
rationsversuch war großer Schwäche wegen unmöglich. Sektion: After un
darm normal. Der Dünndarm ist, 3 cm oberhalb der Bauhin'schen Kla
ginnend, 18 cm lang, sehr stark verkümmert und verengt, der weiter na
dann folgende Dünndarm dagegen 40 cm lang hochgradig erweitert und
trophisch. Im Gekröse nahe dem Colon ascendens ein kreuzergroßer Defekt
zwei ihn durchziehende Bindegewebsstränge in mehrere Fenster geteilt.
hypothetische, wenn auch wahrscheinliche, nicht (wie der Arbeitstitel glaub
nachgewiesene Erklärung F.'s für Entstehung der Mißbildung ist, daß
des Fötallebens die unterste Dünndarmpartie in der Gekröslücke verlag
und hierdurch sich verengte und verkümmerte. Erst nach der Geburt
durch starke Peristaltik aus diesem Loche herausgekommen. Einen ähnlich
hat F. in der Literatur nicht aufgefunden. Eine Abbildung und ein Li
verzeichnis von 13 Arbeiten ist der Abhandlung beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhav

33) **R. Göbell.** Über die Darmstenose nach Brucheinklemmu

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 578.)

G. gibt zunächst einen Fall aus der Kieler Klinik. 40jährige Wit
nach einer 11 Stunden lang andauernden Einklemmung herniotomiert. Es h
sich um einen rechtsseitigen kinderfaustgroßen Leistenbruch, der neben
kotig riechendem Bruchwasser eine blaurot verfärbte Dünndarmschlinge

Die Schnürringe waren nicht nekrotisch, nicht verdünnt, der Darm sowie das mit eingeklemmt gewesene Mesenterium aber mit reichlichen Hämorrhagien versehen. Da die Teile sich rasch erholen, Reposition, gefolgt von Radikaloperation, welche gut heilt. Von der 3. Woche an bisweilen Magenbeschwerden, später auch heftige Koliken nebst Durchfällen, an deren Stelle weiterhin Verstopfung trat. Die nach der Herniotomie am 7. August 1902 entlassene Kranke kehrt am 15. September in die Klinik zurück, jetzt stark abgemagert, und zeigt vermehrte Darmperistaltik bei welcher krampfartige Kolik gespürt wird, bis solche Anfälle unter lautem Gurren aufhören. Druckempfindlichkeit zwischen Spin. il. a. s. dextra und Nabel woselbst auch das Gurren auftritt. Die Laparotomie ergibt eine etwas verwachsene Darmstriktur mit stark dilatiertem und hypertrophiertem zuführendem, viel schmächtigerem abführendem Ende, welche in Ausdehnung von 15 cm Länge reseziert wird. Darmnaht Ende zu Ende. Glatte Heilung mit guter Wiederherstellung der Darmfunktion. Das Darmresektionspräparat läßt noch die beiden Schnürringe erkennen, die eingeklemmt gewesene Partie zeigt starke Knickung an der Schlingenkuppe durch Verwachsung der Schlingenschenkel parallel miteinander, mikroskopisch Ulceration, Infiltration, Hypertrophie, fibröse Veränderungen in den verschiedenen Wandschichten.

In der angeschlossenen Allgemeinbesprechung werden auf Grund des bereits in großer Mannigfaltigkeit vorliegenden publizierten Beobachtungsmateriales die verschiedenen Arten der nach Brucheinklemmung vorkommenden Darmverengerungen durchgesprochen. Dieselben sind entweder primär, wenn die von der Einklemmung gesetzten Darmschnürstellen sich dauernd halten — diese Strikturen sind also ringförmig. Oder es sind sekundäre Strikturen, wenn erst, nachdem einige Zeit die Darmfunktion normal gewesen war, die Verengerungserscheinungen sich ausbilden. Für diese sekundären Stenosen können innere und äußere Ursachen den Anlaß geben: innere, wenn Schleimhautnekrose mit nachfolgender Vernarbung, vorliegt, äußere, wenn durch adhäsiv-peritonitische Prozesse Knickung, Krümmung, Verwachsung des Darmes herbeigeführt wird. Je nach Ausdehnung der Verengerung sind dann wiederum ring- und röhrenförmige Stenosen zu unterscheiden. In dem G.'schen Falle ist nach dem anatomischen Befunde am Resektionspräparate anzunehmen, daß eine Schädigung sämtlicher Darmwandschichten vorgelegen hat. Literaturverzeichnis von 23 Nummern zum Schluß der Arbeit.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

34) **Schneiderlin.** Zur Diagnostik der Darmocclusion.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 14.)

Eine 26jährige Hysterika erkrankte unter den Erscheinungen einer akuten Appendicitis; einige Tage nach Resektion des verdickten, geröteten Wurmfortsatzes unter Fortbestand des Fiebers Ileuserscheinungen; deswegen Laparotomie. Im ausgedehnten Colon descendens der Darmwand fest anhaftende, schwammartige ausdrückbare Knollen, die vorsichtig nach dem Mastdarme gedrückt wurden; übrige Bauchhöhle frei. Durch die Hand wurde einige Stunden später der Mastdarm von den Knollen befreit, die Leinwandläppchen darstellten, auch nach einigen Tagen noch, während welcher unregelmäßiges Fieber fortbestanden hatte, in größerer Zahl entleert wurden.

Kramer (Glogau).

35) **C. Georgi.** Über das erworbene Darmdivertikel und seine praktische Bedeutung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 321.)

G. vermehrt die einschlägigen klinischen Erfahrungen um einen im Dresdener Krankenhause Friedrichstadt (Oberarzt Lindner) beobachteten Fall. 64jähriger General, seit einigen Jahren an Stuhlverstopfung abwechselnd mit Durchfällen leidend. Seit 2 Monaten erhebliche Verschlimmerung, wenig Stuhl nur auf Einlauf, dabei Koliken in der linken Unterbauchgegend. Der korpulente Mann zeigt daselbst in Narkose eine nicht scharf umschriebene, unbewegliche, derbe, höcke-

rige Geschwulst, welche bei der Operation starker Verwachsungen wegen sic unentfernbar herausstellte. Tod an Peritonitis infolge einer wenige Tage d eingetretenen Perforation. Sektion: In der stark verwachsenen Flexura sigm eine ca. 3 cm lange, für einen Finger eben durchgängige Striktur. Schlein innerhalb und oberhalb letzterer ziemlich geschwollen, schieferfarbig, mit ei erbsengroßen, kurzgestielten Polypen sowie einigen pfennigstückgroßen Geschv besetzt. Ober- und unterhalb der Verengerung mehrere Ausbuchtungen der I wand, für die Kleinfingerkuppe einläßlich, teils mit normaler, teils mit gesc riger Schleimhaut ausgekleidet. Von einem dieser Divertikel gelangt man in in der Darmwand zwischen Muskularis und stark verdickter Serosa gel Abszeßhöhle 5 cm lang, 2 cm breit, welche mit mehreren aber kleineren ähnl Darmwandabszeßen durch Fisteln in Verbindung steht. In einem dieser Ab chen eine Perforation, die die Peritonitis veranlaßt hat.

G. citiert einige Parallelfälle, in denen unter ähnlichen Erscheinungen falls das S romanum betroffen war. Die Erkrankung ist leicht mit Karzinom verwechseln, selbst bei der Sektion, so daß wiederholt erst das Mikroskop klärung gab. Erst vor kurzer Zeit ist (durch Graser auf dem 1898er Chiru kongreß) auf die klinische Wichtikeit der falschen Darmdivertikel hingewies

Meinhard Schmidt (Cuxhaven)

36) J. J. Grekow. Zur Therapie der Darmfisteln. Eine ungewö liche Folge der totalen Darmausschaltung.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 3.)

Eine 30jährige Frau wurde im Juni 1899 wegen multipler Darmfisteln gangränösem Nabelbruch operiert. Da sie schwanger war, machte man Enteroanastomose (in der Nähe des Blinddarmes); der zuführende Darmsche wurde 10 cm vom Nabel durchschnitten und beide Enden genäht; der abführ Schenkel blieb unberührt. Nach 3 Monaten normale Geburt, 1901 eine we Geburt. Die eine Fistelöffnung sonderte etwas Schleim ab. Im September trat nach schwerem Heben eine kleine Blutung aus der Fistel auf, bald da drang durch sie das umgestülpte Stück Darm hervor. Im Oktober kam Pat Krankenhaus. Das vorgefallene Darmstück ist 8 cm lang, sieht wie ein Penis verursacht keine Schmerzen. Es ist der vom übrigen Darm abgelöste zuführ Schenkel. Nun wurden die Fisteln mit diesem Stück Darm, sowie mit dem führenden Schenkel entfernt. Darauf Heilung. — Verf. empfiehlt, nach Darm schaltung sekundär die Darmresektion auszuführen, die infolge Resorption Verwachsungen nicht schwer ist. **Gückel** (Kondal, Saratow).

37) Brennfleck. Bericht über eine durch Schußverletzung bedi Splenektomie. (Aus der kgl. chir. Klinik zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 14.)

Das günstige Resultat, welches die Mehrzahl der Splenektomien infolge vor gegangenen Traumas gehabt, ist auch in dem mitgeteilten Falle erzielt wor obwohl es sich um eine mit Zwerchfell- und Lungenverletzung komplizierte, gedehnte Zerreißung der Milz, die in zwei gleich große Teile durchtrennt gehandelt hatte und während des Verlaufes nach der Operation ein Exsudat linken Pleurahöhle aufgetreten war. Störungen im Allgemeinbefinden als F der Milzexstirpation sind nicht zur Beobachtung gekommen; der Blutbefund e normales Verhältnis der weißen zu den roten Blutkörperchen etc.

Kramer (Glogau).

38) Tieken. A case of successful removal of an enlarged spleen

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. April 4.)

Bei 38jähriger Frau bestand seit 17 Jahren eine Geschwulst in der rec Regio iliaca, häufigere kolikartige Anfälle, später Urinveränderungen, die hydronephrotischer Wanderniere beruhend erklärt wurden. Es trat dann

eigentümliche bräunliche Hautverfärbung auf, verbunden mit Bildung zahlreicher Pigmentknötchen am Körper. Vor Beginn ihrer Beschwerden hatte Pat. in einer Malariagegend gelebt; die Schwellung in der rechten Seite begann bald nach einem Wochenbette. Es war einmal ein Bauchschnitt gemacht zur Entfernung der Geschwulst, dieselbe aber als inoperable Nierengeschwulst erklärt und nicht weiter angetastet worden. Bei der Operation stellte sich heraus, daß es sich um eine nach rechts verlagerte Milz mit sehr langem, gedrehtem Stiel handelte; im Bereich des Blinddarmes und des kleinen Beckens fanden sich zahlreiche Peritonealverwachsungen, auch die Milz war mit Netz, Wurmfortsatz und anderen Teilen verwachsen, so daß die Loslösung schwierig war. Sie wurde entfernt, die Bauchwunde geschlossen. Der Zustand besserte sich erheblich, die Hautfärbung klärte sich bedeutend auf, die Pigmentknoten blieben bestehen. **Trapp** (Bückeburg).

39) **E. Rautenberg.** Beobachtung von Blutveränderungen nach Milzexstirpation. (Aus der kgl. med. Poliklinik zu Königsberg).

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 16.)

Die nach Exstirpation der sarkomatösen Milz einer 38jährigen Frau beobachteten Blutveränderungen waren folgender Art: Die Zahl der roten Blutkörper steigerte sich deutlich nach kurzer postoperativer Verminderung; die Zunahme hielt 4—5 Monate hindurch an. Der Hämoglobingehalt blieb im wesentlichen unverändert. Die Zahl der weißen Blutkörper erfuhr innerhalb 4 Wochen eine Zunahme um das Doppelte und verminderte sich in den nächsten 4 Monaten wieder. Die Zahl der Lymphocyten und eosinophilen Zellen vermehrte sich am meisten, schon innerhalb 4 Wochen post oper. und blieb anhaltend hoch.

Kramer (Glogau).

40) **O. Hildebrand.** Beitrag zur Leberchirurgie. Vier Leberabszesse.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 543.)

Die vier berichteten Leberabszeßfälle stammen aus der Baseler Klinik, drei sind von H. selbst, einer noch von Socin beobachtet. In den drei ersten Fällen handelte es sich um nicht tropische, sehr große, einheitliche Abszeßhöhlen.

Fall 1, 44jähriges Weib, unter den Erscheinungen infektiöser Cholecystitis erkrankt, der Cholecystotomie unterzogen, welche aber nur flockig-schleimige Galle, keine Steine ergibt. Es folgen pleuritische Krankheitserscheinungen, und eine 2 Monate nach dem Gallenblasenschnitt notwendig werdende Thorakotomie nebst Resektion der 6. Rippe unter dem Schulterblatte führt in eine mit 1000 ccm ockergelber, Blutkoagula und mortifizierte Lebergewebstrümmer enthaltende Flüssigkeit gefüllte Höhle — ein abgekapseltes Pleuraempyem, entstanden durch einen Leberabszeß, der das Zwerchfell durchbrach. Danach Rückgang des bisherigen Fiebers, Verkleinerung der Höhle bei stetem Gallenfluß aus der Gallenblasenfistel. Ca. 7 Wochen später aber wieder Fieber, Aufhören des Gallenflusses und nach einigen Tagen Entleerung eines haselnußgroßen, glasigen Gallensteines, wonach definitive Heilung. Der Leberabszeß ist in diesem Falle also cholelithiastischen Ursprunges.

Fall 2. 37jährige Frau, vor 14 Tagen akut erkrankt mit Kreuz- und Leibschmerzen, Ausbildung einer Geschwulst in der Gallenblasengegend, sowie mächtige Auftreibung der Leber, namentlich im Epigastrium, verbunden mit Druckempfindlichkeit. Eine Inzision im Epigastrium führt auf die mit der Bauchwand verwachsene Leber, in welcher der in ihr enthaltene Abszeß stumpf eröffnet wird. Reichlicher Abfluß schleimigen, etwas grünlichen, mit Flocken untermischten Eiters, wobei die Leber merklich an Größe zurückgeht. Die sonst gut vor sich gehende Heilung dieser Inzision bleibt ohne Einfluß auf die Anschwellung in der Gallenblasengegend, welche einige Wochen später deshalb unter Verdacht auf Gallensteine operativ vorgenommen wird. Man kommt aber nur auf eine kleine Abszeßhöhle zwischen Fascia transversa und Peritoneum, gefüllt mit lehmartig eingedickter (kanincheneiterartiger) Masse, welche austamponiert wurde. Danach

glatte Heilung. H. supponiert eine Cholecystitis und Cholangitis, welche zu
abgesackten Pericholecystitis und einem Leberabszeß führte.

Fall 3 ist am unklarsten. 28jähriges Mädchen, vor 5 Monaten erkrankt
influenzaartigen Erscheinungen. Später Ikterus und Leberschwellung, Hu
Schmerzen, zeitweise auch Ascites und Beinödeme. In der Klinik mächtige L
schwellung im Epigastrium konstatiert, Inzision daselbst, Eröffnung der ver
senen Leber und Abszeßeröffnung. Im weiteren Verlaufe war eine Gegenin
in den Abszeß im 9. Interkostalraume auf der Axillarlinie nötig, ferner, da
liche Galle durch die Abszeßöffnung floß (acholische Stühle), eine Laparot
behufs Revision der Gallengänge, in denen obturierende Steine gemutmaßt,
nicht gefunden wurden. Zur Zeit der Berichterstattung befindet sich die Kr
gut, ist aber noch nicht ganz geheilt. Die Leber zeigte bei den verschied
Besichtigungen erhebliche anatomische Veränderungen, die auf eine biliäre
rhose deuten. Der wahrscheinliche Erkrankungsgrund wird in Gallensteine
suchen sein.

Fall 4 ist traumatischen Ursprunges. 30jähriger Landwirt, von einem schw
Wagen überfahren. Seit dem 5. Tage hohes Fieber. Es entwickelt sich ein
szeß, der am 24. Tage von hinten her nach Resektion der 9. und 10. Ripp
öffnet wurde. Der Eiter enthält mortifizierte Lebertrümmer. † 2 Tage sp
Hier ist eine Leberruptur anzunehmen, gefolgt von Infektion von den Ga
gängen aus. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

41) **Penzoldt.** Über die Beweglichkeit des abgeschnürten rech Leberlappens.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 10.

P. sah bei vier weiblichen Kranken eine außerordentlich große Beweglich
des abgeschnürten Leberstückes, das sich ungemein stark um eine durch den
von vorn nach hinten gelegte Achse drehen und nach rechts und nach links
hinauf ins Epigastrium verschieben ließ, so daß die rechte Niere leicht gef
werden konnte. Die Erscheinungen wurden durch Jahre hindurch in unveränd
Weise beobachtet, so daß, zumal bei dem Fehlen von Schmerzhaftigkeit und
gesprochener Höckerung, stärkerer Härte und Kachexie eine bösartige Neubil
auszuschließen war. — Eine Verwechslung mit einer beweglichen Niere kam
in Betracht; eher mußte die Differentialdiagnose mit einer vergrößerten Ga
blase für sich allein erwogen werden; doch fehlten alle auf Erkrankung der Ga
wege hindeutenden Erscheinungen, und war eine derartige freie Beweglichkeit
Gallenblase ohne gleichzeitige Verschiebbarkeit eines Schnürlappens bisher
nicht beobachtet worden. **Kramer** (Glogau).

42) **V. Lieblein.** Über abnorme Beweglichkeit der Steine führen Gallenblase. (Aus der chir. Klinik von Prof. Wölfler in Pra

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 15.)

Der mitgeteilte Fall ist nach dem Penzoldt'schen Bericht über Fälle
abnormer Beweglichkeit des abgeschnürten rechten Leberlappens von besond
Interesse, da er zeigt, daß auch ohne Schnürlappenbildung die vergrößerte Ga
blase für sich eine übermäßige Beweglichkeit haben kann, wenn die Gallenb
bei vorhandener Schlaffheit der Bauchdecken und dadurch bedingter mangelha
Fixation der Bauchorgane ihren Platz an der Unterfläche der Leber verlassen
und nunmehr durch den Ductus cysticus mit diesem Organe in losem Zusamm
hange steht. Diesen Befund ergab die Operation bei dem von L. beschriebe
Falle, in welchem die kindsfaustgroße, einen großen Stein enthaltende und
dem zu einem langen Stiel ausgezogenen Ductus cysticus hängende Gallenb
ins Epigastrium bis unter den linken Rippenbogen, ebenso wie unter den rech
verschoben werden konnte. **Kramer** (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle
an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagsh
lung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 28. Sonnabend, den 11. Juli. 1903.

1) **Sultan** und **Schreiber**. Die erste Hilfe in Notfällen. (Für Ärzte bearbeitet unter Mitwirkung von Heermann, Palm, Schieck und Weber.)

Leipzig, F. C. W. Vogel, 1903.

Das Buch, welches in erster Linie für Ärzte geschrieben ist, enthält nicht nur die Unglücksfälle im chirurgischen Sinne, sondern es werden in 6 weiteren Kapiteln die Hilfeleistungen auf dem gynäkologisch-geburtshilflichen Gebiet, bei akuten Erkrankungen des

Ohres, Auges, bei inneren Krankheiten, Vergiftungen und Psych
erläutert. Bei diesem reichlichen Stoffe sind die einzelnen Absch
in gedrängter Kürze abgehandelt und mit klarer Übersichtlich
geschrieben. Dies gilt besonders von dem hier interessiere
Kapitel der Chirurgie. Genau zieht Verf. die Grenzen darin,
weit der Arzt bei Unglücksfällen selbsttätig eingreifen soll und w
er sich darauf beschränken muß, lediglich die Art der Verlet
festzustellen und den Verletzten dem Krankenhaus zu überwe
So wird bei Bauchverletzungen die improvisierte Notlaparotomie
worfen. Andererseits warnt Verf. nachdrücklich vor der Auffass
daß die Erfahrung moderner Kriegschirurgen über Bauchverlet
in den afrikanischen Kriegen auf die Friedenszeit übertragen wer

Daß trotz dieser Einschränkung für den Arzt bei Unfällen
Feld reicher Tätigkeit bleibt, beweisen die mit zahlreichen A
dungen versehenen Ausführungen, die nicht nur die erste H
leistung selbst, sondern darüber hinaus Verband und Transport
gehendst berücksichtigen. **Coste** (Straßburg i/E.

---

2) **C. Grouven.** Anderweitige Tuberkulose bei Lupus u
Skrophuloderma.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. I. Hft. 2.)

Eine umfangreiche auf 762 Fällen beruhende statistische Ar
durch welche erwiesen wird, daß bei Lupus und Skrophulode
anderweitige Tuberkulose und tuberkulöse hereditäre Belastung
häufig sind. **Bertelsmann** (Hamburg).

---

3) **V. Czerny.** Über die häusliche Behandlung der Tu
kulose.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. I. Hft. 2.)

C. erzählt zu Eingang seines Aufsatzes, daß in seine Spr
stunde ab und zu auch Phthisiker kämen, was bei ihm, dem Chirur
ja einigermaßen merkwürdig ist. Man kann sich aber darüber n
wundern, wenn man im folgenden liest, in wie sorgfältiger,
gehender und individualisierender Weise C. nicht nur den erkran
Körperteil, sondern auch den ganzen Menschen behandelt. G
besonders empfiehlt C. die zuerst von C. A. W. Richter geübte,
Kappesser und Kollmann wieder zur allgemeinen Kenntnis
brachte Einreibung der Tuberkulösen aller Art mit Schmiers
Dieselbe wird 3mal wöchentlich auf den ganzen Körper eingerie
und nach einer halben Stunde wieder mit lauem Wasser abgewasc
Weniger reizend und für empfindliche Haut daher mehr zu empfe
als die gewöhnliche grüne ist die Silberseife (Sapo alcalinus al
noch milder Tölzer Seife Nr. 2 und Seifenspiritus. Der Wert d
Methode, für welchen C. einige Beispiele anführt, liegt in der
regung der allgemeinen Hauttätigkeit. **Bertelsmann** (Hamburg).

---

4) **A. Exner.** Einige Tierversuche über Vereinigung und Transplantation von Blutgefäßen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 10.)

Ausgehend von Versuchen, die den Zweck hatten zu ermitteln, wie sich eine Vene unter dem Blutdruck einer Arterie verhält, stellte Verf. im weiteren Verlauf Experimente über Transplantation und Implantation von Gefäßen an.

Das konstante Ergebnis war Bildung eines Thrombus in der unter arteriellem Blutdruck stehenden Vene (Vereinigung von Arterie und Vene nach der Payr'schen Methode). **Hübener** (Dresden).

---

5) **G. Jensen.** Über circuläre Gefäßsutur.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 4.)

Im Beginn seiner preisgekrönten Arbeit gibt Verf. einen Überblick über die wechselvolle Geschichte der Hämostase und besonders derjenigen durch die Naht von den einfachsten Verschließungen kleiner Venen- und Arterienwunden an bis zu völliger circulärer Nahtvereinigung ganz und gar durchschnittener Blutgefäße, die hauptsächlich durch die Versuche von Jassinowsky und Abbe gefördert wurde, deren Methoden allerdings durch bessere Verfahren überholt sind. Bei der Vereinigung durchschnittener Arterien haben alle Autoren, wie Gluck, Murphy mit seiner Invaginationsmethode und Abbe, der eine Glasröhre in die Lichtung des Gefäßes einführte, günstige Resultate aufzuweisen, aber nur in einer geringen Anzahl der angestellten Versuche. Ein konstant günstiges Resultat hat bis jetzt noch keiner mit der circulären Arteriennaht erzielt, wie dies Jassinowsky mit seinen Versuchen bei partiellen Arterienverletzungen gelang. Über die von Payr ersonnenen Magnesiumprothesen zum Verschlusse von Arterien liegen nicht genügend Versuchsjournale vor, um einen Vergleich dieser Methode mit anderen anzustellen. Auch bei den Venen hat man sich sowohl der Naht wie der Prothesen bedient, und aus der bis jetzt vorhandenen, allerdings nur geringen Anzahl von Versuchen geht hervor, daß die Aussichten für ein günstiges Resultat der Venennaht gerade so groß sind, wie bei der circulären Arteriennaht.

J. hat nun durch eine Reihe selbständiger Versuche hauptsächlich folgende Fragen zu lösen versucht: Erstens, warum kommt es in so vielen Fällen zu Thrombosen?, und zweitens, inwiefern bietet diese oder jene der bisher empfohlenen Methoden vor den übrigen eine größere Sicherheit gegen Bildung eines Thrombus? Zu den Experimenten wurden hauptsächlich, den Verhältnissen am Menschen, bei denen die Anwendung in Frage kommt, entsprechend, großkalibrige Arterien und Venen verwendet, und zwar bei Pferden, Kälbern und Ziegen meist die Arteria carotis communis resp. die Vena jugularis interna. Die angewandte Technik ist im einzelnen

genau beschrieben. Die Zeit, die zu einer circulären Vereinigun der Gefäße nach einiger Übung erforderlich war, betrug 15— Minuten. Eine Blutung von der Nahtlinie braucht man nach g angelegten Suturen nicht zu fürchten. Nach Anlegung der Pay schen Prothese kann von einer Nachblutung gar keine Rede sei Als Ergebnis seiner Versuche und Untersuchungen hält sich Ve zu der Behauptung berechtigt, daß die Thrombenbildung nach circ lären Nähten von Arterien und Venen auf die Infektion des Gefäß mit pathogenen Bakterien zurückzuführen ist. Nimmt man die I fektion als die einzige Ursache der Thrombenbildung an, so bekomm man auch die beste Erklärung für das Launenhafte in den Ergel nissen der Versuche. Hiermit stimmt auch überein, daß die Methode wo die Naht nicht durch die Intima geführt wurde, die größte Wah scheinlichkeit des Gelingens boten, da eine Infektion bei richt ausgeführter Naht erschwert wird. Ob die Infektion auch die U sache der Thrombenbildung nach Anwendung der Payr'schen Pr thesen ist, kann Verf. nicht bestimmt sagen. Wahrscheinlich gi die Prothese einen so bedeutenden Reiz für die empfindliche Gefä wand ab, daß man sich die Thrombose leicht als infolge der E nährungsstörungen entstanden denken kann, denen die Wand au gesetzt ist. Von der Anwendung der Prothesen, die bisher angegebe worden sind, ist am besten abzusehen. Von den Nahtmethode scheinen die Gluck's und Murphy's, weil zu umständlich, nicht Betracht kommen zu können. Außerdem besteht bei ihnen d Nachteil, daß man ein wenn auch nur kleines Stück der Arter opfern muß. J. empfiehlt ein von ihm angegebenes und näher b schriebenes Verfahren mit U-Nähten. Man legt einander diametr gegenüber zwei U-Nähte an und benutzt diese als Stütze für d Anlegung einer einfachen fortlaufenden Naht, deren Stiche nic näher als etwa 1 mm voneinander zu sein brauchen. An Einfachhe und Schnelligkeit läßt eine solche Naht nichts zu wünschen übri Als Nahtmaterial muß die Seide dem Katgut vorgezogen werden, we sie leichter zu sterilisieren und bequemer zu handhaben ist. D Gefäßnaht darf nur angewendet werden, wo man eines aseptische Wundverlaufes sicher ist, da bei Infektion — wie oben geschildert - Thrombosierung der Gefäße eintritt. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

---

6) **Turck.** Shock produced by general anaesthesia.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Mai 2.)

T. hat experimentell an Ratten, Kaninchen und Hunden d Wirkung von Chloroform und Äther, entweder eines jeden für sic oder in den verschiedensten Mischungen oder Abwechslungen, a den gesamten Körper, das Blut, die Sekretionen und Exkretione und auf die entstehenden Zellveränderungen untersucht. Er nah den Tierversuch, weil das klinische Bild der Nachwirkung dies Stoffe durch dieses deutlicher ist als am Menschen. Er erziel

folgende Ergebnisse: 1) Die Kreislaufstörungen sind durch die unmittelbare Wirkung von Chloroform oder Äther auf die vasomotorischen Zentren erzeugt. 2) Die Wirkung bei längerem Gebrauch auf die Blutversorgung der Baucheingeweide besteht in Kongestion zu denselben mit Temperaturabfall; letzterer kann bestehen ohne gleichzeitiges Sinken des Blutdruckes. 3) Die Veränderung der Zellen durch die Anaesthetika erzeugt in den Zellen Toxine. 4) Durch die Erzeugung dieser Toxine wird eine Autointoxikation erzeugt, bei welcher agglutinierende und hämolytische Stoffe sowie Präzipitine gebildet werden. 5) Indirekte Giftwirkung entsteht durch die Zurückhaltung der Giftstoffe, da deren Ausscheidung behindert ist. 6) Das Blutserum ist weniger widerstandsfähig gegen die Giftwirkung normaler Exkrete, 7) ebenso ist seine Widerstandsfähigkeit gegen bakterielle Toxine vermindert. 8) Der Entwicklung von Saprophyten und Parasiten wird weniger Widerstand geleistet. 9) Dies erklärt sich aus den Veränderungen des Blutserums. 10) Reflexwirkungen treten ein (besonders auf das Herz) durch Ausscheidung des Anaesthetikums in den Magen und die Därme. 11) Als Folge von Atonie tritt im Magen-Darmkanal stärkeres Wuchern der Bakterien und dadurch vermehrte Toxinbildung ein. 12) Dieselbe Atonie erzeugt Gasanhäufung im Verdauungskanal und Behinderung der Atmung. 13) Der Magen- und Darminhalt zeigt größere Giftigkeit. — 26 Versuchsprotokolle sind beigefügt. Literatur. **Trapp** (Bückeburg).

---

7) **Senn.** Jodizet catgut.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. März 28.)

S. gebraucht seit dem Jahre 1896 nach Hofmeister sterilisiertes Katgut, hebt es aber nicht nach dessen Vorschrift in Sublimatalkohol auf, weil er es öfter brüchig werden sah, sondern in Lösung von Alcohol. absolut. 950, Glycerin 50, Jodoform. pulv. 100. Durch den Alkohol wird etwas Jodoform gelöst und durchdringt das Katgut, welches mit der Zeit völlig schwarz wird und doch geschmeidig und fest bleibt. Es gleicht im Aussehen und der antiseptischen Wirkung dem nach Claudius präparierten (Einlegen des Rohmaterials für wenigstens 8 Tage in 1%ige Jodjodkaliumlösung); letzteres wird aber leichter brüchig. Absolut keimfrei ist letzteres auch und gut verwendbar, wie S. selbst ausprobiert hat. Falls weitere günstige Erfahrungen mit der Jodsterilisation des Katgut gemacht werden, hält S. dies für das Idealverfahren namentlich für den praktischen und Militärarzt. **Trapp** (Bückeburg.)

---

8) **Reinking.** Über den Einfluß der Alkoholverbände auf den Verlauf entzündlicher Prozesse.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

R. tritt auf Grund von 37 Beobachtungen an der chirurgischen Klinik zu Kiel für die Behandlung entzündlicher Prozesse mit Alko-

holverbänden ein. Der Alkohol wurde in den R.'schen Fällen nic
in der ursprünglich von Salzwedel angegebenen Form, sondern
Alkoholcellit appliziert. Alkoholcellit ist ein etwa 70% Alkoh
enthaltendes Präparat von der Konsistenz einer erstarrten etwa 5%ig
Gelatinelösung. Dasselbe wird auf einer mehrfachen Lage Mull
3—4 mm dicker Schicht aufgetragen. Der Abschluß nach auß
erfolgt durch einen nicht perforierten impermeablen Stoff, der d
Mullappen nach beiden Enden hin überragt.

Die Wirksamkeit der Alkoholverbände führt R. nach dem Vo
gange von Buchner darauf zurück, daß durch die arterielle Hyp
ämie, welche der Alkohol hervorruft, die im Blute vorhandenen an
bakteriellen und antitoxischen Stoffe in größeren Mengen zu de
Entzündungsherd hingeleitet werden und dort ihre Wirksamk
entfalten können. Auch spielt die infolge der Hyperämie besse
Ernährung des Gewebes eine Rolle.

Die Alkoholcellitverbände wirken, wenn auch nicht ganz
energisch wie hochprozentiger Alkohol, so doch andauernder, inde
das Alkoholcellit langsamer verdunstet. Die Alkoholcellitverbän
sind also dort zu empfehlen, wo infolge ambulanter Behandlu
kein häufigeres Wechseln des Verbandes stattfinden kann.

Silberberg (Breslau).

---

9) **Grosse.** Ein Fall schwerer Verbrennung mit hydri
tischen Bemerkungen zur Behandlung der Brandwunde

(New Yorker med. Monatsschrift 1902. Nr. 10.)

Unter Mitteilung einer mittelschweren Verbrennung dritt
Grades bei einem Knaben, der in Behandlung eines anderen Arz
durch profuse Sekretion sehr heruntergekommen war, wendet si
Verf. gegen die Behandlung der Brandwunden mittels Salben u
vor allem gegen die Mischung von Leinöl und Kalkwasser.
ist auch kein Freund der trockenen Verbände, sondern behand
seit Jahren alle Wunden und auch die Brandwunden mit feucht
Verbänden; er glaubt damit besonders gut gefahren zu sein.
verwendet Chinosollösung 1 : 2000 oder essigsaure Tonerde 1 : 20 od
Chlorzinklösung 1 : 600. Aus der Literatur entnimmt er vor all
den Arbeiten von Winternitz Beleggründe für seine Methode.

Tschmarke (Magdeburg).

---

10) **L. Pincus** (Danzig). Atmokausis und Zestokausis. D
Behandlung mit hochgestelltem Wasserdampf in der Gyn
kologie und Chirurgie.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1903.

Verf. bringt in vorliegendem Werk das Resultat seiner jahr
langen Forschungen auf dem durch den Titel bezeichneten Gebi
wie er es sich ja zur Lebensaufgabe gestellt hat, der von ihm v
fochtenen Vaporisation zur allgemeinen Anerkennung zu verhelfe

Angeregt durch die ersten noch unvollkommenen Versuche Snegirew's, diesen Zweig der Therapie in die Gynäkologie einzuführen, hat P. seit Jahren mit zäher Ausdauer an der Vervollkommnung der Methode, ihrer Indikation und des Instrumentariums gearbeitet. Die Entwicklung der ganzen Frage, sowie die einschlägige, meist polemische Literatur und die klinisch sowie anatomisch gefundenen Erfahrungstatsachen sind vom Verf. in einer durchaus sachlichen Vollkommenheit zur Darstellung gebracht, welche uns Bewunderung abnötigen muß, insofern mit einem rührenden Fleiß alle, auch die kleinsten Momente zusammengetragen, wobei alle gegnerischen Ansichten mit der gleichen Ausführlichkeit zu Worte gekommen sind. Es kann nicht die Aufgabe eines kurzen Referats sein, den gesamten Inhalt der vorliegenden Monographie skizzenhaft wiederzugeben. Insbesondere muß ich es mir versagen, auf die interessanten historischen Daten einzugehen. Auch das Kapitel der anatomischen Untersuchungen kann hier nur als wohl gelungen hervorgehoben werden. Wichtiger für den Kliniker ist der spezielle Teil des vorliegenden Werkes. — Verf. unterscheidet, wie bekannt, zwischen der Atmokausis, das heißt: »der Anwendung des überhitzten Wasserdampfes selbst auf die zu behandelnden Organteile«, und der Zestokausis, wobei nur die trockene Hitze durch die geschlossene Dampfsonde zur Anwendung kommt. Mit beiden erzielt man je nach Hitzegrad und Länge der Einwirkungsdauer alle Grade von Nekrosen, von Verätzung und Verbrennung der behandelten Organe, vom einfachen Verbrühen bis zur schwersten Gewebsmortifizierung, im Uterus beispielsweise bis zur totalen Verödung des ganzen Cavum. Aus diesem Grunde konstruierte P. seinen Cervixschutz und bestimmte genau die Einwirkungsdauer, welche zur Erzielung der einzelnen Wirkungsgrade notwendig ist. Der Zestokauter erzielt die größere Tiefenwirkung und muß dementsprechend mit Vorsicht gebraucht werden.

Nach Ansicht des Verf. ist die Atmokausis absolut indiziert bei allen Uterinblutungen, welche durch die üblichen Heilmethoden nicht zum Stehen gebracht werden können, so bei den präklimakterischen Blutungen, bei allen Fällen von Hämophilie, bei gewissen Myomformen, bei der Endometritis haemorrhagica jugendlicher Frauen, bei denen die Abrasio versagt, endlich bei atonischen Blutungen nach Abort und im Spätstadium des Puerperiums. Die Anwendung der Atmokausis zur Sterilisierung unheilbarer kranker Frauen (Castratio mulieris uterina) hält Verf. wohl allein für absolut indiziert. Die Atmokausis hält P. für relativ indiziert bei allen Prozessen mangelnder Rückbildung nach Abort und im Puerperium, ferner bei entzündlichen Affektionen zur Unterstützung der Ausschabung. Endlich will er sie bei inoperablem Korpuskarzinom als Palliativmittel angewendet wissen. Dabei hebt er stets hervor, daß die Atmokausis nur zuletzt, wenn alle andere Therapie versagt und auch dann noch mit größter Vorsicht und der für den einzelnen Fall erforderlichen speziellen Indikationen gebraucht werden darf. In gleicher Weise

hat P. die Indikation für die weniger gebräuchliche und noch vorsichtiger zu dosierende Zestokausis ausgearbeitet. Er empfiehlt sie unter anderem zur Behandlung hartnäckiger Fistelgänge, zu Operationen an Leber und Milz, zur Stillung bei lebensgefährlichem Nasenbluten bei alten Leuten, wie auch zur Behandlung der chronischen Rhinitis mit Hypertrophie der Schleimhaut. Das Nähere über Instrumentarium, Technik und Kontraindikationen muß im Original nachgelesen werden, wie überhaupt das ganze Verfahren ein sorgfältiges Studium der klinischen Erfahrungen voraussetzt. In der Hauptsache muß Ref. dem Verf. absolut beistimmen, daß die Atmokausis berufen ist, in der Behandlung der präklimakterischen Blutungen eine große Rolle zu spielen und die Zahl der wegen profuser Hämorrhagien ausgeführten Totalexstirpationen des Uterus einzuschränken oder unnötig zu machen. Andererseits lassen aber die klinischen Erfahrungen der meisten Operateure das Verfahren nicht als so ganz harmlos erscheinen, wie man nach den Ausführungen von P. annehmen könnte. Es ist schwer, zwischen dem Zuviel und Zuwenig die richtige Grenze einzuhalten, und man wird aus diesem Grunde wohl immer Mißerfolge bei zu vorsichtigem Operieren, sowie Komplikationen bei zu langer Einwirkungsdauer mit in den Kauf nehmen müssen. Trotz besten Cervixschutzes kann es doch zu Stenosen kommen. Die Handhabung des Apparates ferner erfordert eine ziemliche Übung und große Sorgfalt, so daß seine Anwendung wohl in Kliniken, nicht aber in der allgemeinen Praxis ratsam ist, ganz abgesehen davon, daß der Praktiker wohl selten imstande sein wird, die richtige Indikation auf diesem so peinlichen Gebiete zu stellen, ein Umstand, auf welchen auch P. aufmerksam macht. Doch wird es nach des Verf. Angaben und Beispiel dem Operateur bei einiger Übung leicht, die Atmokausis allein ohne Assistenz an der nicht narkotisierten Pat. auszuführen. Daß die Narkose bei dem an sich schmerzlosen Eingriff nicht notwendig ist, davon konnte Ref. sich selbst oft genug überzeugen. Als besonders wichtig hält Ref. die jedesmal der Atmokausis vorauszuschickende Abrasio und peinliche Säuberung der Uterovaginalfläche am besten, wie P. will, mit 1—3%igem Wasserstoffsuperoxyd, sowie die unbedingt notwendige 10tägige Bettruhe nach dem Eingriff. Vorliegendes Buch empfiehlt sich also in seiner Vollkommenheit und würdigen Ausstattung eher für den Kliniker zum Studium, als für den allgemeinen Praktiker. **Kroemer** (Gießen).

---

11) **A. Broca.** Précis de chirurgie cérébrale.

Paris, **Masson & Co.**, 1903. 488 S. 48 Abbild.

Die Sonderstellung, zu der sich die Gehirnchirurgie gleich anderen Tochterdisziplinen der Chirurgie emporgeschwungen hat, hat den bekannten französischen Chirurgen veranlaßt, in einem Elementarabriß die Grundzüge der modernen Gehirnchirurgie fest-

zulegen. Das vorliegende Buch — übrigens eine teilweise Wiedergabe des vor 7 Jahren von demselben Verf. erschienenen Lehrbuches — ist in erster Linie für praktische Ärzte und Studierende bestimmt, um diese über die Leistungsfähigkeit der Gehirnchirurgie zu unterrichten. Dieser Bestimmung gemäß hat Verf. den Nachdruck auf das praktisch Wichtige gelegt und mehr die klinische Seite betont.

Das Buch zerfällt in einen allgemeinen und in einen speziellen Teil. In dem ersten werden die Gehirnanatomie, die Lokalisationen der verschiedenen Zentren, die topographischen Beziehungen zwischen den chirurgisch wichtigen Punkten des Gehirns und der Schädelkapsel und deren verschiedene Bestimmungsmethoden besprochen. Hieran schließt sich ein Kapitel an, in welchem die Allgemein- und die Lokaldiagnose der Hirnerkrankung und die Indikationsstellung zum chirurgischen Eingriff im allgemeinen erörtert wird. Den Schluß bildet die Beschreibung der Operationstechnik und die Besprechung der Gefahren hirnchirurgischer Operationen.

Der spezielle Teil beschäftigt sich zunächst in dem ersten Kapitel mit den traumatischen Hirnverletzungen. Das zweite Kapitel ist den nach Otitis media auftretenden Komplikationen und das dritte den Geschwülsten gewidmet. In dem vierten Kapitel finden Gehirnerkrankungen verschiedenen Ursprungs ihre Besprechung (Apoplexie und Gehirnerweichung, alte Blutergüsse, Meningitis, speziell tuberkulöse Meningitis, Gehirnabszeß, cerebrale Kinderlähmung, progressive Paralyse). Das fünfte Kapitel behandelt den Hydrocephalus, das sechste den Mikrocephalus und die Idiotie. In dem siebenten Kapitel wird über die chirurgischen Erfahrungen bei der Behandlung der verschiedenen Formen der Epilepsie, der Psychosen und der Kephalalgie berichtet. Den Inhalt des Schlußkapitels bildet, allerdings in etwas summarischer Darstellung, die Encephalocele. Jedes Kapitel enthält einen besonderen Abschnitt, in welchem die verschiedenen Arten der speziellen Operationstechnik, die Indikationen und die Operationsergebnisse kritisch erörtert werden.

Bei der Fülle des Gebotenen ist es unmöglich, einzelne Punkte herauszugreifen. Die Darstellung ist klar und verrät in jedem Satze den erfahrungsreichen und literaturbewanderten Autor. Zahlreiche Krankengeschichten, größtenteils in knappster Kürze, teils der eigenen Beobachtung, teils der deutschen, französischen, englischen und amerikanischen Literatur entstammend, sind zur Erhärtung des Urteils angeführt. Moderne hirnchirurgische Fragen, z. B. die Unterbindung der Jugularis bei Sinusthrombose u. a., finden eingehende Besprechung. Wo B. in seinen Ansichten von denen bekannter Hirnchirurgen wie v. Bergmann, Horsley u. a. abweicht, gibt er eine sorgfältige Begründung seiner abweichenden Stellungnahme. Wenn sich auch in einzelnen Punkten unsere Anschauungen nicht völlig mit denen des Verf. decken und wenn B. auch im allgemeinen die Indikationsgrenze etwas weit steckt, so entwickelt er doch in

den wesentlichen Punkten Grundsätze, die auch bei uns allgem
Gültigkeit erlangt haben. Jedenfalls ist das B.'sche Werk als
wertvolle Bereicherung des Literaturschatzes zu betrachten und
dient nicht bloß, wie Verf. es will, in den Kreisen der praktis
Ärzte, sondern vor allem auch in denen der Chirurgen und N
logen weitgehendste Beachtung.

Die Abbildungen entsprechen zum Teil nicht der Güte
textlichen Darstellung, speziell wäre bei den Figuren 44—48 in
Kapitel der Ohrkomplikationen eine größere Deutlichkeit wünsc
wert. **Deutschländer** (Hambur

---

12) **Borchard.** Über einige seltenere Folgezustände Schädelbasisfraktur.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 512.)

Verf. hat über den Gegenstand seiner Abhandlung (2m
Beobachtung von Glykosurie, Albuminurie, Cylindrurie nach sch
Schädelbasisfraktur) auf der vorjährigen Naturforscherversamm
vorgetragen, und ist auf den p. 1195 d. Bl. 1902 erschien
Selbstbericht hierüber zu verweisen. Die Abhandlung enthält
den detaillierten Krankengeschichten eine eingehende theoret
Würdigung der gemachten Beobachtungen mit Heranziehung
zugehörigen Literatur. B. hält die Zucker- und Eiweißausschei
für eine Folge gewisser, auf vasomotorischen Störungen beruh
Nierenveränderungen, das Auftreten von Harncylindern und
dagegen kann möglicherweise durch fettembolische Vorgäng
dingt sein. **Meinhard Schmidt** (Cuxhave

---

13) **J. Krähenmann.** Über traumatische Accessoriuspar nach Schädelbasisfrakturen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 151.)

Über das Vorkommen von Accessoriuslähmungen nach Sch
basisbrüchen war bislang nur äußerst wenig bekannt; K. veröffen
aus der Unfallsbegutachtungspraxis Kaufmann's (Zürich) zwei s
gestellte Fälle. Der aus anderen unzweideutigen Erscheinungen
wandsfrei diagnostizierbare Schädelbasisbruch einerseits, andere
die durch ihre klinischen Merkmale als periphere erkennbare Läh
erweisen, daß es sich nur um Nervenschädigung innerhalb des
maßlich von einer Fissur durchsetzten Foramen jugulare geha
haben kann. Den eigenen Fällen kann K. sodann noch drei i
Literatur aufgefundene analoge anreihen, wonach er eine Allge
besprechung der fraglichen Nervenverletzung liefert.

Da der Accessorius bekanntlich gemeinsam mit dem Vagu
Glossopharyngeus durch das Foramen jugulare austritt und all
Nerven sich reichlich miteinander verflechten, entstehen auc
seiner Verletzung mannigfache Lähmungen. 1) In 4 Fällen be

einseitige Lähmung des Kopfnickers und Cucularis. Diese Muskeln verfallen weiterhin der Entartungsreaktion und Atrophie (Merkmale der peripheren Lähmung). Das Schulterblatt sinkt herab und nach außen. 2) In allen Fällen bestanden Schluckbeschwerden infolge halbseitiger Lähmung der Gaumenmuskulatur. Leichtes Sichverschlucken, Austritt geschluckter Flüssigkeit durch die Nase. Die Kranken müssen infolgedessen langsam und vorsichtig essen. 3) Ebenfalls konstant waren Stimm- und Sprachveränderungen durch einseitige Paralyse des N. laryngeus inf. 4) 3mal bestand halbseitige Sensibilitätslähmung des Rachens und Kehlkopfes und endlich 5) 2mal Geschmacksstörungen — 1mal halbseitige über der ganzen Zungenhälfte und 1mal nur im hinteren Bereiche einer Seite.

Bei größerer Achtsamkeit auf die genannten Symptome wird nach K.'s Dafürhalten wahrscheinlich sich die Häufigkeit dieser Lähmungen nach Basisbrüchen als größer erweisen, als bisher angenommen. Was die Prognose betrifft, so lehrt die vorhandene Kasuistik, daß dieselbe eine recht günstige ist, da die Verletzten trotz Stationärbleibens ihrer Lähmungen wieder völlig erwerbsfähig werden können. Die Funktion des gelähmten Halsmuskels kann durch die benachbarte Muskulatur ausgezeichnet ersetzt werden, die Gefühlsstörungen im Gaumen und Schlund, ebenso die von Sprache und Stimme können völlig schwinden, die Schluckbeschwerden bis auf eine Neigung zu leichtem Verschlucken zurückgehen.

Übrigens hat K. auch kurz alle bislang überhaupt publizierten Accessoriuslähmungen bei Syringomyelie, Tabes und Lues, Geschwülsten, Trauma, im ganzen 58 Fälle, berücksichtigt und sie in dem beigefügten Literaturverzeichnis nachgewiesen, wodurch der instruktive Inhalt der Arbeit noch gemehrt ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

14) **P. Reichel.** Zur Technik der Radikaloperation der chronischen Mittelohreiterung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 536.)

Zur Abkürzung der Heilung nach Ausführung der Radikaloperation bei chronischer Mittelohreiterung hat sich R. die Hauttransplantation nach Thiersch sehr gut bewährt. Das Verfahren ist zwar schon vor R. von Jansen benutzt und empfohlen, scheint aber in Chirurgenkreisen noch nicht genügend gewürdigt zu werden. Am besten ist es, die Transplantation der ausgedehnten Knochenaufmeißelung, auf deren Technik R. auch kurz eingeht, nach ca. 3 Tagen folgen zu lassen. Gleich nach der Operation stört die Blutung der frischen Wunde, später als nach 3 Tagen pflegt die eingelegte Gaze in den Granulationen verfilzt zu sein. Wegen der unregelmäßigen, buchtigen und welligen Form der zu deckenden Fläche müssen die Hautstücke kleiner als sonst genommen werden, 1—2 cm lang und $^1/_2$—$^3/_4$ cm breit. Sie werden sorgfältig mit

Sondenhilfe auf die Fläche gedrückt und schließlich mit einen
tamponierten Gazestreifen gedeckt. Revision nach 5 Tagen.
Erfolge waren meist gut und bringt schon eine auch nur tei
Anheilung der Läppchen Gewinn. **Meinhard Schmidt** (Cuxhave

---

15) **L. W. Orlow.** Ankylosis mandibulae vera.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 399.)

Verf. hat selbst 6 Fälle schwerer Kieferankylose mit Res
behandelt, deren eingehende Krankengeschichten unter Beif
von Photogrammen der Pat. mitgeteilt werden; er hat sodan
Parallelfälle aus der Literatur gesammelt und gibt auf Grund
Materiales eine Spezialstudie über die Kieferankylose nach
klinischen Gesichtspunkten, Statistik, Ätiologie, pathologischer
tomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose, Operationste
Komplikationen, Resultaten bezw. auch Rezidiven. Er liefert
ein Werk, das durchaus erschöpfend über unser derzeitiges W
betreffs der Krankheit Auskunft gibt und deshalb ein Studium
lohnt.

Die eigenen Fälle O.'s sind, wie gesagt, sehr schwere ge
und interessieren schon die beigefügten Porträts der Kranke
denen die überall vortretende Wachstumshemmung des Unterk
verbunden mit Asymmetrien im Gesicht und die »Vogelform
letzteren ersichtlich ist. Was die Operationen O.'s betrifft,
nügte zur Beweglichmachung des Kiefers die einfache Abtre
des Unterkieferköpfchens niemals, vielmehr erschien nicht n
gleichzeitige Abtrennung des Processus coronoideus, sondern
die Resektion eines Fragmentes von der ganzen Ausdehnun
Oberendes vom aufsteigenden Mandibulaaste notwendig. Wi
sonst gesammelte Beobachtungsmaterial lehrt, scheint dies sehr
zu sein. Die anatomischen Veränderungen beschränken sich
auf das Gelenk, sondern der ganze Gelenkfortsatz, die In
semilunaris, der Processus coronoideus, selbst der Arcus zygom
und die Schläfenbeinschuppe pflegen häufig durch die stattfind
ostitischen Prozesse in Form, Dicke und Zusammenhang mitein
stark verändert zu werden, wodurch die Operation schwerer
eingreifender werden muß. O. schätzt die Häufigkeit dieser
artikulären Veränderungen auf 36%. Auch in ätiologischer
hung sind O.'s Fälle interessant, da die Veranlassungen des Le
mannigfach waren. O. unterscheidet hier: a. primäre Erkranku
und zwar: 1) Verletzungen; 2) Entzündungen des Gelenkes; b. s
däre Erkrankungen, die auf das Kiefergelenk übergehen, ausge
1) vom mittleren und äußeren Ohr, 2) von den benachbarten Kno
Der Autor gibt statistischen Nachweis, wie oft diese verschied
Krankheitsursachen vorliegend gefunden wurden. Sehr einge
ist die operative Behandlung besprochen, und hier nicht nur stati
angegeben, wie oft die verschiedenen Verfahren, Eingriffe am

zontalen Aste, am vertikalen Aste, am Gelenke selbst, an dessen Nachbarteilen zur Anwendung gekommen sind, sondern es wird auch die Technik der fraglichen Eingriffe unter Beschreibung und kritischer Würdigung der verschiedenen Schnittführungen erschöpfend durchgenommen. Auch die Methode der Interposition eines Muskellappens in die Gelenkresektionshöhle (Helferich) oder die eines Metallplättchens wird hier erörtert. (O. selbst hat sich der letzten Methode auch 3mal bedient.) Facialislähmungen sind nach den Operationen im ganzen 18mal gesehen. Seltener als wirkliche Durchschneidungen des Nerven sind hier Zerrungen desselben gelegentlich der Wunddistraktion, namentlich beim Knochenmeißelungsakte, zu fürchten. Übrigens lagen meist nur leichte Paresen vor, die größtenteils rückgängig wurden. Rezidive betreffend, hat O. unter 103 Operationen am oberen Ende des aufsteigenden Astes zwölf derselben notiert gefunden — höchstwahrscheinlich wird ihre Häufigkeit in Wirklichkeit noch größer sein. Zu ihrer Verhütung kommen in Betracht: Mitentfernung des Periosts bei der Knochenresektion, ausgedehnte nicht zu sparsame Knochenentfernung, die Einpflanzung eines Muskellappens oder Metallplättchens in die Resektionswunde, endlich aktive und passive Mobilisierung und Mobilerhaltung der Nearthrose. Zum Schluß der Arbeit steht ein über zwei Seiten füllendes Literaturverzeichnis.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

16) **A. E. Pólya** und **Desider v. Navratil.** Untersuchungen über die Lymphbahnen der Wangenschleimhaut.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 122.)

Verff. haben in dem ersten anatomischen Institut zu Budapest sehr ausgedehnte sorgfältige Untersuchungen über den Verlauf der von der Wangenschleimhaut und ihren Nachbarteilen ausgehenden Lymphgefäße und zugehörigen Lymphdrüsen unter Benutzung des Gerotaschen Injektionsverfahrens angestellt. Im ganzen wurden 48 Kopfhälften von mageren Neugeborenen und älteren Föten präpariert. Die lehrreichsten Präparate sind in vier Abbildungen wiedergegeben. Verff. fanden: die Lymphgefäße der Wangenschleimhaut münden der Regel nach in die submaxillaren Drüsen — ausnahmsweise einzelne in die in der Parotis enthaltenen bezw. die oberflächlichen oberen Cervikaldrüsen nächst dem Kieferwinkel. Diejenigen des unteren Zahnfleisches gehen in die submaxillaren und submentalen Drüsen — aus dem oberen Zahnfleisch gehen die meisten Lymphgefäße in die Submaxillardrüsen, ein kleiner Teil geht mit den Gefäßen des Gaumens in die oberen tiefen Cervikaldrüsen — aus den Gaumenbögen und Mandeln in die oberen tiefen Cervikaldrüsen — aus der Wangenhaut größtenteils in die submentalen, parotischen, oberen Cervikal- und Submaxillardrüsen; einzelne können aber auch direkt zu den kontralateralen submaxillaren und beiderseitigen tiefen oberen Cervikaldrüsen ziehen — die Lymphgefäße der Lippe gehen in

der Regel in die Submental- und Submaxillardrüsen, zuweilen aber auch in die tiefen Cervikaldrüsen. Bei Erkrankung einer Seite können die Drüsen beider Seiten infiziert werden — die Lymphgefäße des Mundbodens gehen in die submaxillaren und tiefen cervikalen Drüsen. Diejenigen tiefen Cervikaldrüsen, welche beim Karzinom der Wangenschleimhaut am gefährdetsten sind, liegen zwischen dem hinteren Biventerbauch und dem Omohyoideus. Mit Rücksicht hierauf verlangen die Verff. bei der Nutzanwendung ihrer anatomischen Resultate auf die Praxis der operativen Chirurgie für die Radikaloperation eines Wangenkarzinoms eine Ausräumung dieser Region auf beiden Seiten; außerdem soll auf der erkrankten Seite auch noch der untere Parotiszipfel samt den unter ihm liegenden oberflächlichen Cervikaldrüsen entfernt werden. Eine Konzession könnte höchstens hinsichts der kontralateralen, submaxillaren und tiefen cervikalen Drüsen gemacht werden, die aber event. nach Heilung der Primäroperation nachträglich in einer zweiten Operation entfernt werden könnten. Zur Totalausräumung der Submaxillargegend eignet sich besonders der Kocher'sche Schnitt. In der Abhandlung ist die einschlägige anatomische und chirurgische Literatur überall angezogen, auch sind einige praktisch kasuistische Erfahrungen verschiedener Chirurgen verwertet.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

17) **Marzocchi** e **Bizzozero.** Sulle consequenze della legatura del dotto di Stenone.

(Giorn. della R. accad. di med. di Torino 1903. Nr. 1.)

Ligatur des Ductus Stenonianus führt nicht zu Cystenbildung. Die Lichtung der Acini und der Ausführungsgänge erfährt eine Änderung verschiedenen Grades mit Abplattung der Epithelien durch sich anstauendes Sekret. Spärliche Mitosen treten auf. Unmittelbar nach der Operation tritt eine Infiltration der Drüse mit polymorphen Leukocyten auf, welche sich bis nach dem 65. Tage erhält. Regenerative Prozesse von Seiten des Bindegewebes entwickeln sich sehr langsam und führen noch nach 65 Tagen nicht zu wahrer Sklerose der Drüse.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

18) **Pynchon.** The degenerate tonsil.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Nr. 3.)

(Vortrag auf der 53. Jahresversammlung der Americ. med. assoc.)

Mit »Degeneration« der Mandeln bezeichnet P. alle Formen chronischer Entzündung, Hypertrophie und Atrophie der Gaumenmandeln, die auf die gewöhnliche Vergrößerung folgen. Vergrößerte oder chronisch entzündete Mandeln müssen entfernt werden; denn die sog. Spontanheilung, d. h. Verschwinden der Hervorragung nach dem Rachen, ist oft weiter nichts, als eine Vergrößerung in die Tiefe des Gewebes nach außen zu. Verf. nimmt in allen Fällen

die vollständige Entfernung vor, Tonsillotomie verwirft er. Durch sein galvanokaustisches Verfahren läßt die Mandel sich ganz aus ihrem Lager ausschälen ohne Blutung und ohne nachfolgende Narbenzusammenziehung, falls man richtig verfährt. Sehr lebhafte Diskussion. Barnhill-Indianopolis entfernt ebenfalls die Mandeln ganz, durch Loslösung erst von den Gaumenbögen, Vorziehen und Abschnüren; und zwar beide in einer Sitzung. Andrews-Chicago verfährt ähnlich, arbeitet aber mit einem gebogenen Messer und Schere; er löst die Mandel nicht ganz aus, sondern schneidet sie ab, wenn sie gehörig vorgezogen ist. Knyk-Richmond verwirft die galvanokaustische Entfernung wegen Gefahr der Narbenzusammenziehung und Verwachsung der Gaumenbögen. Ballenger-Chicago kennt einen großen Teil von P.'s Fällen, keiner hat Narbenretraktionen, die Besserung des Allgemeinbefindens und namentlich der Stimme ist sehr bemerkenswert. Wenn die Gaumenbögen geschont werden, tritt keine Narbenkontraktion ein. Die Mandeln lassen sich aber auch mit einem stumpfen Instrument aus ihrem Lager lösen. Beck-Chicago, der mit P. zusammen viele Fälle operiert hat, berichtet ebenfalls über die außerordentlich günstigen Erfolge. Gibbons-Syracuse will etwas mehr konservativ verfahren. Oft genügt teilweise Entfernung, manchmal einfache Lösung der Verwachsungen mit den Gaumenbögen oder Behandlung mit Pinselungen.

Trapp (Bückeburg).

---

19) L. Loeb. Mixed tumors of thyroid gland.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. Februar.)

Nach eingehender Besprechung der Wilms'schen Erklärung der Mischgeschwülste und ihrer Schwächen kommt L. auf die Mischgeschwülste der Schilddrüse, welchen er eine weitere Beobachtung anreiht und für welche die Ansicht von Wilms keinesfalls zutrifft.

Diese Geschwülste sind äußerst selten: 2 Sarkokarzinome der Thyreoidea beim Menschen (Kaufmann, Kummer), 1 beim Hund (Wells). L. beobachtete ein gestieltes Sarkokarzinom der Schilddrüse bei einer weißen Ratte. Dasselbe war durch einen Strang in zwei Hälften geteilt, die proximale ein Adenokarzinom mit hyalinem Stroma, die distale ein zum Teil myxomatöses Spindelzellensarkom; sarkomähnliche Metastasen (Angiosarkom resp. Endotheliom) in der Lunge. Beide Gewebsarten wucherten (Zellteilungen, erfolgreiche Transplantation).

Der Ausgangspunkt der Geschwulst ist unbestimmt, wahrscheinlich trat das Sarkom primär auf.

Zwei ähnliche Schilddrüsengeschwülste (Förster) gehören vielleicht hierher, sind jedoch ungenau beschrieben. Ein Sarkokarzinom mit Knochenbildung wurde in der Nasenhöhle (Klein), ein anderes in der Leber gefunden (Lubarsch).

Schlußsätze: In der Schilddrüse des Menschen und verschiedener Tiere kommen Mischgeschwülste vom Typus der Karzino-

sarkome vor, welche alle gemeinsame Merkmale haben; Vorkommen im vorgerückten Alter, häufig im Anschluß an Struma, getrennte sarkomatöse und karzinomatöse Stellen etc. Die Mehrzahl der Karzinosarkome betrifft die Thyreoidea, darin oft neugebildeter Knochen. Die Tatsachen, welche man zugunsten des embryonalen Ursprungs der Mischgeschwülste angeführt hat, finden hier keine Anwendung; die Diagnose Mischgeschwulst genügt also nicht als Beweis für einen embryonalen Ursprung. Charakteristische embryonale Zellen als Ursprungsstellen der Geschwulst fehlen. Heterotope Geschwulstbildungen müssen nicht aus versprengten Keimen ent-standen sein.

Bender (Leipzig).

---

20) **Riedel.** Schwierige Kropfoperationen unter lokaler Anästhesie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. p. 238.)

Um die Gefahr des Auftretens einer Pneumonie, zu welcher besonders Kranke mit großen, zum Teil retrosternal gelegenen Kröpfen disponieren, herabzumindern, hat R. schon seit 1886 in vereinzelten Fällen, in letzter Zeit immer ohne Narkose operiert. Er benutzt zur Anästhesie frisch bereitete und filtrierte Eukainlösung, die er in großen Mengen (500 ccm für den Hautschnitt und das Zurückpräparieren der Hautlappen) subkutan injiziert. Durch einen gewaltigen Lappenschnitt, der bei großen Kröpfen fingerbreit unter dem rechten Ohrläppchen beginnt und, dicht oberhalb des Manubrium sterni quer vorüberlaufend, in gleicher Höhe links endigt, wird ein Lappen gebildet, nach dessen Zurückschlagen das Operationsfeld vollkommen übersichtlich zutage liegt. Die sehr ausführliche und klare Darstellung des Operationsganges muß im Original eingesehen werden; hier sei nur hervorgehoben, worin R.'s Technik von der sonst üblichen, namentlich der Kocher's abweicht:

R. trennt die langen Halsmuskeln in der Mittellinie unten ab und präpariert sie nach oben. Die Vasa thyreoidea sup., die Venae thyr. inf. und die seitlichen accessorischen Venen werden erst am echten Kropf unterbunden und dieser dann luxiert. Die Entwicklung des linksseitigen, subklavikulären oder retrosternalen Kropfes nimmt R. nicht instrumentell vor, sondern erleichtert sie durch Lösung des oberen linken Hornes und durch Abtrennung des Kropfes von der Luftröhre, wodurch eine Verschiebung der Geschwulst möglich wird.

Wer, wie Ref., Gelegenheit hatte, Kropfoperationen von R. ausgeführt zu sehen, wird sich von der Übersichtlichkeit des Operationsfeldes durch den Lappenschnitt und von den Vorzügen des von R. geübten Operationsverfahrens überzeugt haben.

Den Lappenschnitt benutzt R. auch zur Spaltung und Exstirpation des Kehlkopfes, in letzter Zeit auch bei der Tracheotomie, rühmt die außerordentliche Erleichterung dieser Operation durch denselben und empfiehlt seine Nachprüfung. **Langemak** (Rostock).

---

21) **M. W. Dempel.** Über Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Phenosalyl.

(Praktitscheski Wratsch 1903. Nr. 3.)

D. wandte 3%ige wässrige Lösungen des von Christmas empfohlenen Phenosalyl an. 54 Fälle wurden länger als ein Monat beobachtet. D. ist mit dem Erfolg zufrieden; besonders gut hilft das Mittel bei nicht tiefen Geschwüren und Erosionen. 8 Fälle können als geheilt betrachtet werden; darunter ist aber in keinem Falle der Knorpel affiziert gewesen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

---

22) **K. Vogel.** Über Peripleuritis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 344.)

Die Krankheitsspezies »Peripleuritis«, in Deutschland bekanntlich von Wunderlich 1861 als selbständige Affektion zu charakterisieren gesucht, ist bei uns nie recht in klinischen Kurs gekommen; seit einer Arbeit von Martin über dieselbe vom Jahre 1882 ist über sie nichts Eingehenderes veröffentlicht, und auch dieser Autor war über das Vorkommen primärer Peripleuritiden ziemlich im Zweifel. V. tritt für die Berechtigung, ein Krankheitsbild Peripleuritis zu statuieren, ein und berichtet zum Beweis hierfür 9 im Bonner St. Johannishospital (Prof. Schede) operierte Fälle. Es handelte sich hierbei durchgehends um kalte, teilweise sicher tuberkulöse Abszesse der Brustwand, bei denen eine primäre Rippenerkrankung sicher ausgeschlossen schien, und welche allem Anschein nach zunächst im Zellgewebe zwischen Pleura costalis und Brustwand entstanden waren, dann aber meist durch einen Interkostalraum den Weg nach außen genommen hatten, um hier bald als oberflächliche Abszesse zu erscheinen, bald nach voraufgegangener Perforation oder Inzision zu hartnäckigen Fisteln Anlaß zu geben. Die Behandlung bestand, allgemein gültigen modernen Grundsätzen entsprechend, stets, nachdem Jodoforminjektionen nutzlos geblieben, in ausgiebiger Spaltung der Abszeßdecken und Fisteln, nach Bedarf auch in der Resektion einer oder mehrerer Rippen im Bereich der Eiterhöhlen. Sie führte stets, wenn auch gelegentlich erst nach wiederholter Operation, zur Heilung. Erwähnt sei noch, daß, wo bei tuberkulöser Beschaffenheit der Peripleuritis eine präexistierende Lungentuberkulose vorhanden und diese daher als Primärleiden anzusprechen ist, V. die Peripleuritis als echte Metastase, auf dem Wege der Blutcirculation entstanden, auffassen möchte, also »ebenso, wie wenn ein Lungenphthisiker etwa eine tuberkulöse Meningitis bekommt«. Er regt an, auf die fragliche Affektion mehr als bisher zu achten, und glaubt, daß sie bei gesteigertem Interesse für sie häufiger zu finden sein wird. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

Zur Technik der Paraffinprothesen.

Von

Prof. Felix Franke in Braunschweig.

Da nach der von Eckstein auf dem diesjährigen Chirurgenkongresse wiederholten Empfehlung der Hartparaffinprothesen wohl mancher Kollege einen Versuch mit ihnen machen wird, halte ich es für geboten, auf einige für den Anfänger in dieser Behandlung wichtige Punkte aufmerksam zu machen. Herr Kollege Eckstein wendet, wie er mir nach seinem Vortrage mitteilte, keine Narkose an. Das mag sich ein Geübter, wie er es ja ohne Zweifel ist, erlauben, kann aber doch bei einem Anfänger zu einem Mißerfolge führen. Die Einspritzung bei einer stark ausgeprägten Sattelnase ist wegen der durch die Einspritzung hervorgerufenen bedeutenden Spannung und wegen der großen Wärme, die das flüssige Hartparaffin hat, ziemlich schmerzhaft, und es müssen sehr energische Leute sein, die die Einspritzung ruhig aushalten. Bei meiner ersten, vor fast einem Jahre vorgenommenen Verschönerung einer Sattelnase bei einem 18jährigen Mädchen hatte ich, weil ich die Narkose nicht anwandte, einen teilweisen Mißerfolg. Die Pat., welche sich sehr energisch geberdete und die Narkose durchaus ablehnte, machte, nachdem die erste Einspritzung von oben her glücklich erfolgt war, bei der zweiten von unten her stattfindenden plötzlich eine Seitwärtsbewegung wegen der heftigen Schmerzen; mein die Nase von der Seite her komprimierender Assistent glitt ab und das Paraffin brach sich seitwärts Bahn und war nicht mehr zurückzuschieben. Dadurch ist der Nasenrücken zu breit geworden und beschreibt von vorn her gesehen eine leichte Wellenlinie, während er im Profil tadellos aussieht. Auf eine operative Verbesserung des Resultats hat sich das Mädchen bisher noch nicht eingelassen.

Im zweiten Falle, in dem ich die Narkose anwendete, gelang der Eingriff viel besser.

Die Technik der Einspritzung ist, da das Paraffin in der Kanüle schnell erhärtet, nicht ganz so leicht, als man es sich vorstellt, und wird am besten vorher eingeübt, weil alle Manipulationen schnell und sicher ausgeführt werden müssen, wobei aber selbst kleine Störungen, wie z. B. das Lockerwerden der Kanüle, das an meiner von Berlin bezogenen Spritze leicht eintritt, sehr hinderlich sein können.

Ich möchte deshalb empfehlen, wenigstens bei den ersten Einspritzungen, wenn man es nicht etwa mit ganz willensstarken Personen zu tun hat, die Narkose zu benutzen und überhaupt Paraffin von einem etwas niedrigeren Schmelzpunkte, etwa von 45—50° C., zu verwenden.

---

23) Riedel. Über Darmdiphtherie nach schweren Operationen bei sehr geschwächten Kranken.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 402.)

R. hat mehrere Laparotomierte an diphtherischen Darmschleimhauterkrankungen an verschiedenen Stellen (Dünn- und Dickdarm) verloren. Es handelte sich um durch schwere Leiden stark geschädigte Menschen; aber die erforderlichen Operationen waren ganz glatt und gut gelungen [1) supravaginale Uterusamputation, 2) Magenresektion bei großem Geschwür, 3) Pylorusresektion wegen Narbenstenose, 4) Cholecystektomie mit Choledochotomie, 5) Gastroenterostomie wegen Karzinom], und Sublimatvergiftung war sicher auszuschließen. Der klinische Verlauf war ungleich: In Fall 1 Fieber, große Pulsfrequenz, unwillkürlicher

Stuhlabgang, Verwirrung, baldiger Kollaps; in Fall 2 profuse Durchfälle am 2. Tage, worauf rascher, kleiner Puls bei flachem Bauch, Tod am 3. Tage; in Fall 3 am 3. Tage Temperatur 40°, Kollaps, rapider Kräfteverfall und Tod; in Fall 4 am 1. Tage starke Leibesauftreibung und Erbrechen, Relaparotomie und Punktion des meteoristischen Kolon, wonach der Bauch flach wird; doch folgt hohes Fieber und starke Pulsfrequenz, der Tod am 5. Tage; in Fall 5 starb die Kranke unter bei immer flachem Leibe zunehmender Schwäche am 2. Tage. Peritonitis wurde bei der Sektion in keinem Falle gefunden. R. erklärt die in diesen Fällen beobachtete Darmdiphtherie lediglich als eine oberflächliche Nekrose der schlecht genährten Schleimhaut. Letztere wird nekrotisch, weil putrider Inhalt im Darme stagniert. wodurch die Ernährung der Epithelien leidet. Nachdem diese zerfallen, ist das unterliegende Bindegewebe der Fäulnis preisgegeben. R. ist infolge dieser Erfahrungen mit der Anwendung von Abführmitteln zur Vorbereitung von Laparotomiekandidaten sehr ängstlich geworden, da er von ihnen Schädigung des Darmes fürchtet. »Die Kranken mögen lieber post operationem etwas Not mit dem Stuhlgange haben, als daß sie wieder Diphtherie des Darmes bekommen.«

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

24) **O. Pertik.** Beitrag zum retrograden Transport.

(Ungar. med. Presse 1903. Nr. 1.)

Schußverletzung am hinteren Rande des M. deltoideus. Tags darauf heftige Blutung und trotz der Unterbindung der Subclavia (Arterie oder Vene?) Exitus letalis. Das Projektil wird bei der Obduktion im Lumen einer Lebervene I. Ordnung gefunden. Venenwand und Lebersubstanz waren ganz unverletzt.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

25) **Bain.** Blank-Cartridge wound infected with tetanus bacilli; prompt excision; no tetanus.

(Annals of surgery 1903. Nr. 3.)

Schußverletzung der Hohlhand durch eine Platzpatrone. Unter Blutleere wurde rings um die Wunde alles durch Pulver geschwärzte Gewebe ausgeschnitten und dann die Wunde selbst vernäht. Es erfolgte Heilung ohne Eiterung. In dem ausgeschnittenen Gewebe wurden Tetanusbazillen bakteriologisch und kulturell nachgewiesen; die mit den Bazillen geimpften Mäuse gingen unter den Erscheinungen von Tetanus zugrunde. Verf. zieht den Schluß, daß bei allen Verletzungen mit Platzpatronen frühzeitige und ausgiebige Ausschneidung des die Wunde umgebenden Gewebes dringend notwendig ist. **Herhold** (Altona).

26) **Lejars.** Les injections de paraffine.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 50.)

27) **Tuffier.** Idem.

(Ibid.)

28) **Danlos et Lagarde.** Idem.

(Ibid. Nr. 51.)

L. machte einer jungen Frau, um ihre aufgestülpte Nase zu »korrigieren«, in einer Sitzung 15 Injektionen von Paraffin unter die Haut des Nasenrückens. Nach wenigen Tagen bildete sich ein hartes Ödem der Lider und Wangen; die Nase war groß, rot und hart. Mittels kleiner Inzisionen konnten aus den Lidern Paraffinklümpchen entfernt werden. Die Frau ist dauernd so (d'une façon vraiment fâcheuse) entstellt geblieben.

Zu T. kam eine Pat. mit ulcerierten Geschwülsten der Brüste. Eine Diagnose ließ sich nicht stellen. Schließlich erzählte Pat., sie habe sich (vor wie langer Zeit? Ref.) Paraffininjektionen machen lassen, damit die Brüste fester und weniger hängend würden.

Demgegenüber berichten D. und L. über die vollständig gelungene Restauration einer syphilitischen Sattelnase durch zwei Injektionen in zwei Sitzungen.

V. E. Mertens (Breslau).

29) **L. Moszkowicz.** Über subkutane Paraffininjektionen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 2.)

M. berichtet aus dem Gersuny'schen Rudolfinerhause in zusammenfassender Weise die Erfolge der von Gersuny erdachten subkutanen Paraffininjektionen und verteidigt die Anwendung des Vaselins gegenüber den Angriffen anderer Autoren, die Hartparaffin bevorzugen. Nach M. liegt nicht nur keine Veranlassung vor, die Injektionen mit Paraffin von höherem Schmelzpunkt wie 36—40° vorzunehmen, sondern das Vaselin bietet gegenüber dem härteren Material bedeutende Vorzüge. Bei Gesichtsplastiken, wo die Prothesen mehr über eine große Fläche verteilt werden sollen, wendet Gersuny eine Mischung von 1 Vaseline zu 4 Olivenöl an. Ein Einschmelzen und Verschwinden oder Wandern der Vaselinprothesen wurde nie beobachtet.

Ein Literaturverzeichnis von 53 Nummern illustriert die reichliche Anwendung und Verwertung des vorzüglich ersonnenen Verfahrens. **Hübener** (Dresden).

30) **Eckstein.** Therapeutische Erfolge durch Hartparaffininjektionen aus dem Gesamtgebiete der Chirurgie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. p. 266.)

E. schildert nochmals die Technik der Hartparaffininjektionen zu kosmetischen Zwecken und betont, daß bisher Embolien, wie sie nach Vaselininjektionen auftraten, nicht beobachtet sind. Mißerfolge und Störungen lassen sich, wenn man sich genau an seine Vorschriften hält, vermeiden. Nachdem er bei Nasendeformitäten gute Erfolge zu verzeichnen hatte, versuchte er entstellende eingezogene Narben nach Lösung mittels zweier von ihm angegebener Instrumente (doppelschneidiges Elevatorium und Narbenablösungsmesser) in das Niveau der übrigen Haut zu bringen. Er behandelte so mit gutem kosmetischem Erfolge in drei Fällen Knochendepressionen nach Trepanation des Proc. mastoid., einen Fall von Ektropium, welches durch Narbenzug nach Knocheneiterung am Infraorbitalrande entstanden war, und eine stark entstellende, nach Operation eines Stirnhöhlenempyems entstandene Depression. Einem älteren Herren gab er einen volleren und jugendlich-frischeren Ausdruck durch Beseitigung tiefer Gesichtsfalten. Eine amputierte Mamma ersetzte er durch 60 ccm Hartparaffin und hatte einen relativ guten funktionellen Erfolg bei einem wegen des hohen Alters der Pat. nicht mehr operativ angreifbaren Gebärmutter- und Mastdarmvorfall. 30 ccm Hartparaffin wurden rechts und links vom After, von der vorderen und hinteren Scheidenwand und, um auch die bestehende Incontinentia urinae zu beseitigen, von der Harnröhre eingespritzt. Die Inkontinenz wurde vollkommen beseitigt, der Mastdarmvorfall blieb reponiert, der des Uterus nicht.

Auch Hernien konnte E. dauernd, wenn auch nicht immer nach der ersten Injektion beseitigen. Ein walnußgroßer Nabelbruch, zwei doppelseitige, hühnereigroße Leistenbrüche, ein walnußgroßer und ein faustgroßer Leistenbruch wurden durch Hartparaffininjektionen so zurückgehalten, daß die Pat. ohne Bruchband zum Teil schwerere Arbeit verrichten konnten.

Ermutigt durch diese Erfolge schlägt E. vor, das härteste Paraffin, P. solidum mit 74—80° Schmelzpunkt, zur Deckung von Knochendefekten gleich bei der Operation zu verwenden; auch bei Defekten der ganzen Nase ließe sich vielleicht das Verfahren derart verwenden, daß das aus Paraffin hergestellte Nasengerüst unter der Haut des Armes zur Einheilung gebracht und später in der üblichen Weise allmählich abgelöst und mit dem Defekt vernäht würde. Sowie man Paraffinhoden gleich bei der Operation nach der Kastration hat einsetzen und einheilen können, glaubt Verf. auch bei großen Bruchpforten nach der Radikaloperation Paraffinplatten zur Vermeidung von Rezidiven einzulegen empfehlen zu dürfen. Schließlich hofft er, daß bei Amputationsstümpfen eine Paraffinkappe, über den Knochenstumpf gestülpt, die Gehfähigkeit verbessern werde.

Langemak (Rostock).



31) D. J. Tatarinow. Über die hinteren Kephalome.

(Chirurgie 1903. Januar. [Russisch.])

Die Geschwulst (2 Monate alter Knabe) mißt 27×19 cm, ihr Stiel 14,5 cm im Umfang. Im Hinterhauptbeine unter dem Höcker ein Loch von 2 cm Durchmesser. Das kleine vorliegende Stück Hirn wurde leicht reponiert, das Loch im Knochen durch zwei Periostlappen verschlossen. Glatte Heilung. Die Geschwulst besteht aus Fett- und Bindegewebe, stellenweise finden sich Neurogliabezirke; die Dura scheint nicht mitbeteiligt zu sein. Die atrophische Haut enthält viele Talg- und Schweißdrüsen und ist reichlich kleinzellig infiltriert. Es handelte sich also um eine typische Neubildung auf dem Boden eines Bildungsfehlers. — Aus der Literatur werden 14 Fälle von hinterem Kephalom aufgezählt.

Gückel (Kondal, Saratow).

32) G. Beil. Ungewöhnliche Wirkung einer Schußverletzung des Kopfes.

(Liečnički viestnik 1903. Nr. 5. [Kroatisch.])

B. sollte die Sektion eines tags zuvor von einem Gendarmen erschossenen Mannes machen. Der Mangel einer penetrierenden Knochenwunde, der noch warme Körper, sowie der Abgang der Totenstarre und der Totenflecke bewog Verf. mit seinem Kollegen Wiederbelebungsversuche zu machen, welche nach kaum 5 Minuten von vollem Erfolg gekrönt waren. Der direkt von vorn in die Stirn abgegebene Schuß wurde durch den Metallknopf der Soldatenmütze, die der Verletzte als Urlauber trug, abgelenkt, so daß er fast nur als Streifschuß wirkte; doch aber wurde durch ihn und wohl auch durch den hohen Druck der Explosivgase des aus unmittelbarer Nähe abgefeuerten Schusses eine schwere Gehirnerschütterung und langdauernde tiefe Ohnmacht verursacht, welche für den Tod gehalten worden war.

v. Čačković (Agram).

33) McKaskey and Porter. A case of brain abscess due to latent typhoid infection.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Mai 2.)

Bei einem 44jährigen Arbeiter, der 3 Jahre vorher einen schweren Bruch des Nasenbeines gehabt hatte, sonst gesund gewesen war, traten allmählich Lähmungserscheinungen von linkem Arm und Bein auf, linksseitige Blutüberfüllung der Retina, keine Neuritis optica. Es wurde Abszeß im motorischen Zentrum des linken Armes angenommen und operiert. Es fand sich ein kleiner Abszeß unmittelbar vor der Rolando'schen Furche, ein erbsengroßer noch weiter nach vorn. Sie saßen $2^1/_2$ bezw. $1^1/_2$ cm unter der Oberfläche des Hirns, die Hirnhäute über ihnen waren gänzlich unverändert. Beide Abszesse wurden drainiert. Während zunächst die Genesung gute Fortschritte machte, trat plötzlich unter Atemnot und Herzerscheinungen der Tod ein. Er wurde auf Herzinsuffizienz zurückgeführt, da keinerlei Gehirnerscheinungen vorlagen. Keine Sektion. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab Typhusbazillen mit allen Merkmalen, obwohl anamnestisch keinerlei typhusähnliche Erkrankung nachweisbar war. Da die Bazillen sich jahrelang im Körper erhalten können, wurde angenommen, daß früher eine sehr leichte, unbemerkt verlaufene Infektion stattgefunden und der Nasenbeinbruch 3 Jahre vorher durch die Erschütterung des Hirns vielleicht Veranlassung zur Abszeßbildung gegeben habe.

Trapp (Bückeburg).

34) Hoppe. The diagnosis of brain abscesses.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. März 14.)

(Vortrag auf der 53. Jahresversammlung der Amer. med. assoc.)

Das Wichtigste an dem Vortrage, der sonst Bekanntes bringt, ist die Mitteilung von operierten Fällen, bei welchen auf Grund von Herdsymptomen und sonstigen Zeichen Hirnabszesse diagnostiziert waren, und bei denen sich während

der Operation bezw. durch Sektion herausstellte, daß solche nicht vorlagen, sondern 1) ein epiduraler Abszeß über der psychomotorischen Gegend, 2) eine Schädelfraktur mit Quetschung und Zerreißung von Hirnrinde, 3) keinerlei Abnormitäten, 4) (Sektion) parenchymatöse Nephritis. **Trapp** (Bückeburg).

35) **M. Gazin.** Syphilis maligne cérébrale. Décès.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1903. Nr. 4.)

In dem geschilderten Falle war die Infektion ein Jahr vor der Aufnahme ins Hospital erfolgt. Die Erscheinungen bestanden in hartnäckigem Pruritus, gummösen Geschwüren an der Zunge und den Extremitäten, Benommenheit, Zittern der Extremitäten, stammelnder Sprache und ungleichen Pupillen. Alle angewandten Mittel, Jod, Merkur, Eisen etc., versagten, es trat der Tod ein. Die Autopsie ergab zu beiden Seiten des großen Hirnblutleiters sitzende Gummata und von der weichen Hirnhaut ausgehende und die Hirngefäße umgebende bindegewebige Züge. **Herhold** (Altona).

36) **Herhold.** Trepanation zur Behebung des intrakraniellen Druckes bei Gehirntumoren.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1903. Hft. 3.)

In dieser Abhandlung wird auf die Schwierigkeit der Lokalisation von Gehirngeschwülsten behufs operativen Eingriffs hingewiesen. Wenn es in vielen Fällen von Gehirngeschwülsten aus diesem Grunde nicht möglich ist, die Geschwulst selbst anzugreifen, so kann man doch stets den gleichzeitig bestehenden, den Kranken in hohem Grade quälenden und namentlich auf den Sehnerven pathologisch wirkenden vermehrten intrakraniellen Druck operativ erheblich beeinflussen. In Betracht hierfür kommen die Lumbalpunktion, die Trepanation mit einfacher Spaltung der Dura, die Trepanation mit Punktion der Seitenventrikel, endlich die Trepanation mit Punktion und Drainage der Seitenventrikel. Während die Lumbalpunktion erfahrungsgemäß keinen Nutzen in den hier in Betracht kommenden Fällen hat, werden die drei übrigen Operationsmethoden je nach der Eigenartigkeit des Falles in Anwendung zu bringen sein. Verf. selbst hat in einem näher beschriebenen Falle von Kleinhirngeschwulst durch Trepanation mit Drainage eines Seitenventrikels eine erhebliche Besserung des Allgemeinzustandes und ein Zurückgehen der Stauungspapillen beobachtet. (Selbstbericht.)

37) **Höning.** Meningitis gonorrhoica.

(New Yorker med. Monatsschrift 1901. Nr. 6.)

Ein 32jähriger Arbeiter erkrankte unter Fieber und heftigen Schmerzen im Hüftgelenk. Er litt seit 5 Wochen an Gonorrhoe. 5 Tage später trat plötzlich Erbrechen, intensiver Kopfschmerz und Opistotonus auf, Temperatur von 41° und Puls 140. Sehr schnell wurde der Kranke soporös und die Atmung unregelmäßig. Durch Spinalpunktion wurden 25 ccm einer leicht getrübten Flüssigkeit gewonnen, welche Diplokokken enthielt, die in Aussehen, Lagerung und Färbung sich wie Gonokokken verhielten. Kulturen oder Impfung wurden leider nicht gemacht. Der Kranke ging 2 Tage nach Beginn der meningitischen Symptome zugrunde.

Tschmarke (Magdeburg).

38) **Toeplitz.** Zur Kasuistik des Empyems der Stirn- und Siebbeinhöhlen und dessen Komplikationen seitens des Auges.

(New Yorker med. Monatsschrift 1902. Nr. 8.)

Ein Herr litt seit 15 Jahren an Verstopfung der rechten Nase, mit periodisch auftretendem Kopfschmerz. Es wurde die mittlere Muschel entfernt und die Stirnhöhle von der Nase aus ausgekratzt. Unmittelbar darauf traten Entzündungserscheinungen am rechten Auge auf: Chemosis, Exophthalmus, schleimige Absonderung. Darauf Eröffnung der Stirnhöhle von außen, Entfernung großer Mengen

von Polypen und dicken Eiters und kariösen Teilen des Siebbeines. Es trat nun noch eine Phlegmone des unteren Augenlides ein, die ebenfalls eröffnet wurde. Erst dann normale Temperatur und allmähliche Heilung. Der Grund, warum die Augenärzte von vorn herein für die Eröffnung der Stirnhöhle von außen sind, während die Rhinologen (?) zunächst Heilung von der Nase aus erstreben, ist nach Verf.s Ansicht der, daß erstere die Fälle erst sehen, wenn eben die Erkrankung des Auges im Vordergrunde steht. Verf. kennt aus der Literatur und aus seiner eigenen Praxis zahlreiche Fälle, wo die Stirnhöhleneiterungen nach Auskratzung und Drainage von der Nase aus geheilt sind. Er glaubt nicht, daß er mit seinem scharfen Löffel die Lamina papyracea verletzt und so die Phlegmone des unteren Augenlides veranlaßt habe; es hätte dann unbedingt ein Abszeß im oberen Augenlid entstehen müssen; Abszesse des unteren Lides in Verbindung mit Stirnhöhlenerkrankung sind nicht bekannt. Es könnte vielleicht eine Thrombophlebitis bestanden haben, so daß ein ruhender Prozeß durch die Operation aufgerüttelt sei.

Tschmarke (Magdeburg).

39) Knochenstiern. Zur Ätiologie des Kieferhöhlenempyems.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1903. Nr. 12.)

Die allgemeine Meinung neigt mehr und mehr dahin, der Fortleitung entzündlicher Prozesse in der Nase den Löwenanteil an der Entstehung des Kieferhöhlenempyems zuzuschreiben, den dentalen Ursprung desselben für selten zu halten. K. gibt einen Fall, in welchem er sicher dentalen Ursprung annehmen zu dürfen glaubt. Die Kieferhöhle war durch eine sagittale Scheidewand in zwei Abteilungen geteilt, welche durch eine Öffnung in der Scheidewand miteinander kommunizierten. In der äußeren Abteilung fand sich viel Eiter und polypöse Wucherungen, die Schleimhaut der inneren war wenig verändert. Da der äußeren, schwer erkrankten Abteilung ein kariöser Prämolarzahn entsprach, so schuldigt K. diesen als Erreger des Empyems an, wenn auch die Alveole dieses Zahnes noch geschlossen war.

Haeckel (Stettin).

40) Grunert. Ein Fall von rhinogener Pyämie mit Ausgang in Heilung. (Aus der Univ.-Ohrenklinik zu Halle.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 14.)

Im Anschluß an eine erfolgreich operierte Eiterung der Stirnhöhle, des Siebbeinlabyrinths und Antrum Highmori linkerseits entwickelte sich bei dem 10jährigen Mädchen ein pyämischer Zustand (remittierendes Fieber, Metastasen am linken Arm), den Verf. auf eine Hirnsinusthrombose zurückführt, wenn er auch die Möglichkeit nicht ausschließt, daß thrombosierte Venen in dem sekundär erkrankten Zellgewebe der Orbita oder des Plexus pterygoideus die Pyämie vermittelt haben. Die Metastase kam allerdings erst, nachdem das Auge bereits wieder seine normale Beweglichkeit gewonnen hatte und Pat. mehrere Tage lang fieberfrei gewesen, zum Vorschein.

Kramer (Glogau).

41) Abbott and Shattock. Neurofibromatosis of the nerves of the tongue (macroglossia neurofibromatosa) and of certain other nerves of the head and neck.

(Annals of surgery 1903. Nr. 3.)

Angeboren kam bei einem Kinde das in der Überschrift bezeichnete Leiden vor. 4 Jahre nach der Geburt wurde im Hospitale folgender Befund aufgenommen: »Vergrößerung der linken Zungenhälfte, auf deren rückwärts gelegenem Teil eine mandelgroße Geschwulst hervorragte, Schwellung der linken Gesichts- und Halsseite, Vergrößerung des linken Ohres, im Gehörgange eine denselben gerade ausfüllende weiche Geschwulst. Die Zunge ragt über die Zahnreihen heraus, Sprache undeutlich, Speichelfluß, anfallsweise Rötung der linken Gesichtshälfte. Unter dem linken Unterkiefer werden durch die Haut mehrere harte Stränge gefühlt«.



In einer ersten Sitzung wurde in Chloroformnarkose die Zunge in der Mittellinie in einer Ausdehnung bis hinter die mandelförmige Geschwulst gespalten und ein seitlicher Schnitt nach außen hinzugefügt. Hierdurch wurde ein großer Teil der linken Zungenhälfte mit der Geschwulst entfernt. In einer zweiten Sitzung wurden die unter dem Kiefer links am Halse liegenden harten Stränge exstirpiert. Das Gewebe der herausgeschnittenen Massen bestand hauptsächlich aus verdickten und verlängerten Nerven; mikroskopisch zeigte sich ebenfalls das Gewebe hauptsächlich aus Nervenfasern mit einem zwischen diesen liegenden Bindegewebe ohne elastische Fasern, ohne vergrößerte Lymph- und Blutgefäße bestehend. Die Nerven der Zunge und des Halses, welche von dieser Verbreiterung und Verdickung betroffen waren, gehörten nach der Verff. Ansicht dem Hypoglossus, Facialis, einigen Zweigen des Trigeminus und der Cervicalnerven an. In der Literatur konnten Verff. nur einen einschlägigen ähnlichen Fall auffinden. Durch die Operation wurde eine erhebliche Besserung in dem Zustande des Kindes erzielt: Die Zunge lag im Munde hinter den Zahnreihen, die Sprache war deutlicher, die Schwellung der Wange ging zurück. Allerdings trat eine linksseitige Facialisparese ein, da einige verdickte Zweige desselben entfernt werden mußten. Das die Zunge schädigende Leiden wird als Makroglossia neurofibromatosa bezeichnet im Gegensatz zu jener Makroglossia, bei welcher nur das Bindegewebe und die in den Spalten desselben liegenden Lymph- und Blutgefäße vermehrt und vergrößert sind. Neun recht gute Abbildungen sind der interessanten Arbeit beigegeben.

Herhold (Altona).

42) **Guinard.** Epithéliome de la langue opéré par l'ouverture large sus-hyoïdienne.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 43.)

G. stellte in der Société de chirurgie einen Mann vor, an dem Verneuil die citierte Operation vor 18 Jahren ausführte. Kurze Zeit nachher wurde ein Rezidiv mit dem Thermokauter zerstört. Seitdem ist Pat. völlig gesund gewesen, bis in jüngster Zeit in der anderen Seite der Zunge wieder eine Geschwulst auftrat, die ihrerseits operiert werden soll. **V. E. Mertens** (Breslau).

43) **F. Hauszel.** Weitere Beiträge zur Kenntnis der Sialolithiasis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 1.)

Mitteilung dreier einschlägiger Beobachtungen, deren zwei aus der Chiari-schen Klinik stammen. In ätiologischer Beziehung verwirft Verf. die Theorie der bakteriellen Entstehungsweise, dagegen beschuldigt er Entzündungsvorgänge in der Drüse oder ihrem Ausführungsgang, wodurch es zu Schwellung, Sekretstauung und konsekutiver Eindickung des Sekrets komme.

Nicht unwichtig sind die eingehenden Erörterungen über differentialdiagnostisch bedeutsame Symptome, da es oft schwer ist, wie der eine Fall beweist, vor der Operation eine bösartige Erkrankung (Endotheliom z. B.) auszuschließen. Für Sialolithiasis sprechen nach H. folgende Punkte:

1) Die im Beginn der Erkrankung mehr oder weniger ausgesprochenen entzündlichen Erscheinungen.

2) Periodisch wiederkehrende Schmerzen (Coliques salivaires), eventuell mit Symptomen von Speichelstauung.

3) Der häufige Wechsel in der Größe der Geschwulst.

Von großem Wert ist auch hier die Anwendung der Skiaskopie.

Hübener (Dresden).

44) **Macaud.** Sur un cas de paralysie du voile du palais.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1902. Nr. 10.)

M. beobachtete bei einem 6jährigen Kinde, das hoch fieberte, eine vollständige Gaumensegellähmung, die er auf eine akute Entzündung der Rachenmandel zurückführte. Nach ihrer Exstirpation ging Lähmung und Temperatursteigerung prompt zurück. **Hinsberg** (Breslau).

45) **H. Nösske.** Über Knorpel- und Knochenbildung in den Tonsillen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 559.)

Das gelegentliche Vorkommen von Knorpel- und Knochenteilen in den Mandeln ist bereits bekannt und wurde entweder durch Annahme embryonaler Aberrationsvorgänge (Orth, Deichert) oder durch die eines metaplastischen Prozesses (Pollack, Lubarsch) zu erklären gesucht. Auch N. hatte im pathologischen Institut zu Leipzig bei sechs Sektionen an verschiedentlichen Leichen Gelegenheit, Knorpel- und Knochenbildungen in den Mandeln nachzuweisen. Indem er seine Befunde kurz mitteilt, spricht er selbst sich mehr zugunsten der eine Metaplasie annehmenden Theorie aus. Wäre die Theorie der Keimversprengung richtig, so müßten die fraglichen Befunde im Kindesalter besonders häufig vorgekommen sein. Zum Zustandekommen der metaplastischen Knorpel- und Knochenbildung (aus Bindegewebe) ist N. geneigt, neben entzündlichen und regressiven Prozessen im Mandelgewebe auch an eine vielleicht vorhandene Prädisposition des letzteren zu solchen Produktionen zu denken. In diesem Sinne läge dann doch auch eine Art entwicklungsgeschichtlicher Ätiologie für den Prozeß vor.

Chirurgisch können Knorpel- und Knocheneinlagerungen in den Mandeln bei deren Exzision praktisch wichtig werden (Springen der Tonsillotomklinge).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

46) **Kofmann.** Zur Kasuistik des Torticollis spasticus.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 1.)

Verf. berichtet über einen interessanten Fall von Torticollis spasticus, der durch die Resektion des den Sterno-cleido-mastoideus versorgenden N. accessorius geheilt worden ist. Schon nach Verlauf eines Monates stand der Kopf, dessen Zuckungen häufig schon einen starrkrampfartigen Charakter angenommen hatten, ruhig; Pat. klagte nur noch über spannendes Gefühl, das auch bald verschwand. Bei der operativen Behandlung des Torticollis spasticus ist nach Überzeugung des Verf. zuerst mit der Accessoriusresektion zu beginnen und, falls diese nicht zum Ziele führt, die Resektion anderer Halsnerven und in letzter Instanz die Myotomie vorzunehmen. **Hartmann** (Kassel).

47) **Fichtner.** Über Spondylitis typhosa.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1903. Hft. 2.)

Berichterstattung über zwei Fälle von im Anschluß an Typhus abdominalis entstandener Spondylitis der Lendenwirbelsäule; das Leiden setzte einmal zwölf Tage, das andere Mal vier Wochen nach der Entfieberung ein. Während in dem ersten Falle die sich zuerst durch Aufhebung der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule, Kreuzschmerzen, Schwellung in der Lendengegend auszeichnende Krankheit unter neuem Temperaturanstieg auftrat, verlief sie im zweiten Falle fieberlos. Gleichfalls verschieden waren die Erscheinungen von Seiten des Rückenmarkes: im ersten Falle wurden ataktische Störungen und Fehlen der Patellarreflexe beobachtet, im zweiten fehlten eigentliche spinale Symptome. Beide Fälle heilten aus, endigten jedoch mit völliger Versteifung der Lendenwirbelsäule; nur im zweiten Falle bildete sich ein Gibbus. Verf. weist auf die Möglichkeit der Verwechslung des Leidens mit Spondylitis tuberculosa hin. **Herhold** (Altona).

48) **Mixter and Walton.** A case of laminectomy for broken Neck.

(Aus dem Bericht über das Massachussets general hospital.)

(Boston med. and surg. journ. 1903. April 2.)

Kräftiger, sonst gesunder Mann erlitt durch Fall von einem Baum Halswirbelbruch mit kompletter Lähmung von den Brustwarzen abwärts, teilweiser Lähmung der Arme. Es bestand starke Verschiebung der Wirbel, hohe Temperatur. Trotzdem wurde operiert und nach Spaltung der Dura die Stelle der Quetschung drai-

niert. Es trat sehr schnell Besserung aller Symptome auf; zuerst kehrte das Tastgefühl auf beiden Seiten wieder. Die später bleibenden Symptome, welche auf einseitige Zerquetschung zurückgeführt werden: Linkes Bein motorisch gelähmt, ohne Muskelsinn, aber mit Erhaltung von Schmerz- und Temperatursinn, welche rechts fehlen bei vorhandener Beweglichkeit. Reflexe gesteigert, Patellarklonus, Babinskisymptom fehlt. Verff. halten sich zu dem Schlusse berechtigt, daß bei derartigen Fällen Frühoperation, ehe Verwachsungen zwischen Dura und Umgebung eingetreten sind, angezeigt ist. **Trapp** (Bückeburg).

49) E. Unger und Th. Brugsch. Zur Kenntnis der Fovea und Fistula sacrococcygea s. caudalis und der Entwicklung des Ligamentum caudale beim Menschen.

(Archiv für mikroskop. Anatomie u. Entwicklungsmechanik Bd. LXI.)

Aus der speziell embryologischen Arbeit wäre folgender Fall von sacrococcygealer Cyste zu erwähnen.

Das sechs Monate alte Mädchen hatte ca. 3 cm oberhalb des Afters unter normaler Haut eine kirschgroße, kompakte Geschwulst, die durch einen derben Strang mit einer Auftreibung der rechten Hinterbeckengegend in Zusammenhang stand. Letztere Auftreibung fluktuierte, wölbte sich beim Schreien etc. vor, ließ sich auch ins Becken hineindrücken und war dort retrorektal zu fühlen. Bei der Operation (Karewski) mußte die Steißbeinspitze und mit der Cystenwand verwachsene Muskulatur entfernt werden. Ein von der Cyste ausgehender feiner Strang ließ sich am Kreuzbein hoch hinauf verfolgen. Tod an Pneumonie.

Mikroskopisch ergab sich in der kompakten Geschwulst ein buntes Durcheinander der verschiedenartigsten Gewebsarten. Die Cyste war mit einfach plattem Epithel ausgekleidet, eine in ihrer Wand sitzende kleinere Cyste wies neben Flimmerepithel noch Cylinder- und geschichtetes Plattenepithel auf.

V. E. Mertens (Breslau).

50) W. Hoppe. Beitrag zur Lehre von den angeborenen Kreuzsteißbeingeschwülsten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 529.)

H., Assistent von Stolper in Breslau, veröffentlicht einen genau von ihm histologisch untersuchten Fall von angeborener Sakralgeschwulst, welcher einen neuen sicheren Beweis für die von Stolper und Calbet über die Genese dieser Geschwülste aufgestellte Theorie liefert. Dieselbe geht dahin, »daß alle Geschwülste der Kreuzsteißbeingegend, vornehmlich aber die an der Rückseite des unteren Wirbelsäulenendes entstandenen bigerminalen Ursprungs sind, daß sie also mehr oder weniger entwickelte Parasiten ihres Trägers sind«. Der Fall betrifft ein reifes, männliches, totgeborenes Kind, am Rumpfende behaftet mit einer ungefähr mannsfaustgroßen, rundlichen Geschwulst, welche an einem 4 cm dicken Stiele sitzt und die Oberschenkel auseinander drängt (Abbildung). Der wesentlichste Teil der Untersuchung ist der mikroskopische, welcher lehrt, daß das Gewebe aus sämtlichen Keimblättern entstammenden Bestandteilen zusammengesetzt ist. So fanden sich u. a. Anhäufungen kleiner Drüsenkanälchen, ähnlich dem Nierengewebe, Nervengewebe von hirngyrusähnlichem Bau, sowie darmwandähnliche Bildungen (vgl. Abbildungen) und osteoides Gewebe. Die neuere einschlägige Literatur wird ziemlich eingehend durchgesprochen (Verzeichnis derselben am Schluß der Arbeit), auch ein Photogramm eines lebenden, von Stolper beobachteten Kindes veröffentlicht, welches eine Steißgeschwulst besitzt. An letzterer sind, wenn das Kind unruhig ist oder die Haut über ihr gereizt wird, deutliche Kontraktionen wahrnehmbar. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

51) Penzo (Padova). Sulla classificazione dei tumori congeniti della regione sacro-coccigea. Teratoma sacrale.

(Arch. per le scienze med. 1903.)

P. beschreibt eine angeborene Steißgeschwulst, welche sich im wesentlichen ventral in der Excavatio sacralis entwickelt hatte. Ein etwa hühnereigroßes An-

hängsel erwies sich als Fibrolipoma. Die Hauptgeschwulst kam im sechsten Lebensjahre, nachdem sie gewachsen und an der Oberfläche exulceriert war, zur Operation, welch letztere nur unter Mitentfernung des Steißbeines gelang. Die Geschwulst war von Cysten durchsetzt und zeigte mikroskopisch Elemente aller drei Keimblätter, vor allem jedoch eine Art rudimentäres Auge. Gestützt auf diese Erfahrung und das Studium der Literatur teilt P. die Kreuzsteißbeingeschwülste in solche ein, welche 1) auf einer Anomalie in der Entwicklung jener Gegend beruhen, 2) in parasitäre (Teratome und Doppelmißbildungen); diesen zählt er obige Beobachtung zu, und 3) in sonstige Neubildungen jener Gegend (Lipome, Fibrome, Karzinome etc.). (Diese Gruppierung nähert sich also der von Stolper [Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. L] gegebenen, obgleich dem Verf. anscheinend diese Arbeit entgangen ist. Ref.) **A. Most** (Breslau).

52) **Ranzi.** Zur Kasuistik der Halsrippen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 10.)

Mitteilung zweier Fälle aus der v. Eiselsberg'schen Klinik, die ausschließlich nervöse Erscheinungen: Parästhesien, Kältegefühl im Arm, Abnahme der Kraft und Atrophien darboten. In beiden Fällen führte die Resektion der betreffenden Halsrippen zur völligen Heilung. Ein ausführliches Literaturverzeichnis ist der Arbeit angefügt. **Hübener** (Dresden).

53) **Sattler** (Sarajevo). Zur Kasuistik der Unterbindung der Arteria carotis externa.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 4.)

Verf. hat bei einem schweren komplizierten Zertrümmerungsbruch des rechtsseitigen Gesichtsschädels, der bei einer Explosion entstanden war, mit gutem Erfolge die Arteria carotis externa unterbunden, da unaufhörliche Blutungen im Gebiete der Arteria maxillaris interna aus Nase und Mund das Leben des Verletzten bedrohten; vorher war vergeblich Bellocque'sche Tamponade versucht. Verf. empfiehlt das Verfahren für ähnliche Fälle; wegen der Gefahr der Thrombose muß man möglichst weit oberhalb der Teilungsstelle unterbinden, sonst besteht Gefahr für die Interna. **Schmieden** (Bonn).

54) **F. Sippel.** Ein Fall von angeborenem Diaphragma des Kehlkopfes.

(Medizinisches Korrespondenzblatt des Württembergischen ärztl. Landesvereins Bd. LXXIII. Nr. 9.)

2jähriger Knabe mit von der Geburt an erschwerter Atmung, in letzter Zeit zunehmende Kehlkopfstenose mit Erstickungsanfällen, Stimme rein. Laryngoskopischer Befund: Stimmbänder ungestört funktionierend, unterhalb dieser ist die Lichtung des Kehlkopfes durch eine rötlich schimmernde Gewebsplatte quer verlegt, welche wenig unterhalb der vorderen Stimmbandkommissur ihren Ausgang nimmt und hinten mit einem halbmondförmigen Rande abschließt, so daß hier nur eine kaum erbsengroße Lücke zum Durchlaß der Atemluft freibleibt. Tracheotomia inferior; von der Öffnung aus wird die verschließende Platte von der hinteren Lücke aus nach vorn eingeschnitten. Um die erzielte Öffnung zu erweitern und einer Wiedervernarbung vorzubeugen, wird nach vergeblichen Intubationsversuchen von oben her eine mit Faden versehene Sonde von der Tracheotomiewunde durch die verengte Stelle nach oben durchgeschoben und auf dem Faden als Konduktor die Tube eingeführt. Nach etwa 8tägiger Intubation mit Tuben steigenden Kalibers ist die Atmung tadellos. Entlassung mit freier Atmung und mit normaler Stimme, gutes Dauerresultat. **Mohr** (Bielefeld).

55) **Trumpp** (München). Zur operativen Behandlung akuter Larynxstenosen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 13.)

T. bespricht in dem Artikel nur die Intubation, deren Technik er nochmals nach seinen eigenen Erfahrungen schildert. Er verkennt nicht die nicht unerheb-

lichen Nachteile der Methode und ist deshalb bestrebt gewesen, das Instrumentarium zu verbessern, indem er den O'Dwyer'schen Ebonittuben eine stärkere Krümmung bei geringerer Länge und dem Tubenende die Form eines ovalen Sondenknopfes geben, an der oberen Tubenöffnung eine trichterförmige Erweiterung anbringen ließ. Hiervon indes noch nicht befriedigt, veranlaßte er die Herstellung elastischer Tuben aus Durit, die nur den Nachteil mangelnder Glätte besitzen, von der Kehlkopfschleimhaut aber gut ertragen zu werden scheinen, sich leicht einführen lassen und keinen Dekubitus veranlassen. T. hofft, daß sich die noch bestehenden Fabrikationsfehler und Mängel in der Konstruktion werden beseitigen lassen. **Kramer** (Glogau).

56) V. Hinsberg. Beitrag zur Frage des Überganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIII. p. 353.)

Verf. schildert einen sehr interessanten Fall, an dem man die in der Überschrift gestellte Frage ausgezeichnet studieren kann: 75jähriger Mann mit walnußgroßer, in der Gegend des rechten Aryknorpels sitzender, dünn gestielter Geschwulst, die total exstirpiert wird. Mikroskopische Untersuchung ergibt ein Fibro-Granulom, bedeckt mit Plattenepithel, von zweifellos gutartigem Charakter. 8 Monate später Rezidiv, das lediglich gutartiger, bindegewebiger Natur war. 3 Wochen darauf werden wieder Geschwulstmassen entfernt, von denen ein Stück besonderes Interesse hatte. Zwar bestand es zum größten Teile auch aus Bindebezw. Granulationsgewebe mit Plattenepithelüberzug, doch fand sich eine ganz kleine Partie darin, die mit Recht von H. als beginnendes Karzinom angesprochen wird. 16 Monate später wurden dann wieder Geschwulstmassen exstirpiert, die sich mikroskopisch als typisch karzinomatös erwiesen. Verf. nimmt zweifellos ein Abhängigkeitsverhältnis von den beiden Geschwulstarten an, wenn er auch die Frage verneint, ob das Karzinom durch Umwandlung der vorher vorhandenen gutartigen Geschwulst entstanden ist. Er glaubt vielmehr, daß es sich um eine Art Narbenkarzinom handelt, für dessen Entstehung die chronisch entzündlichen Vorgänge in der Umgebung der früheren Ansatzstelle des Fibroms die Disposition, und der endolaryngeale Eingriff die Gelegenheitsursache abgegeben haben.

Manasse (Straßburg i/E.).

57) v. Hacker. Totalexstirpation des Larynx ohne Narkose.

(Aus der Innsbrucker wissenschaftlichen Ärztegesellschaft vom 17. Januar 1903.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 12.)

Die Operation wurde bei einem 62jährigen Pat. wegen Karzinom unter Infiltration der Weichteile mit Akoinlösung und Bepinseln der Schleimhaut mit Antipyrin-Cocainlösung (Kocher) ausgeführt bei hängendem Kopf ohne Tamponkanüle. Durch einen nach oben verschobenen, doppelt gestielten Hautlappen wurde die im Jugulum fixierte Luftröhrenlichtung auch im hinteren Umfang ganz umsäumt und so vom Rachenraum völlig getrennt. Allgemeinzustand nach der Operation wie vor derselben, nie Andeutungen von Lungenkomplikationen. In drei Monaten Gewichtszunahme von 20 Pfund.

Obwohl die Luftwege nur in der Fistel oberhalb des Manubrium sterni münden und nicht die geringste Kommunikation mit dem Mund-Rachenraum besteht, hat Pat. nach erst vierwöchentlichen Sprechversuchen bereits gelernt, soweit zu sprechen, daß die daran gewöhnte Umgebung ihn vollständig versteht.

Hübener (Dresden).

58) P. Sebileau. La trachéotomie appliquée au traitement des papillomes crico-trachéaux.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1902. Nr. 4.)

S. entfernte bei einem 34jährigen Pat. ein subglottisches Papillom nach Tracheofissur. Auf Grund der bei diesem und früheren Pat. gemachten Erfah-

rungen empfiehlt er für ähnliche Fälle: 1) die **Trendelenburg**'sche Lage, durch die die Tamponkanüle entbehrlich gemacht wird. 2) Unmittelbare Naht der Luftröhre. 3) Hervorziehen der Luftröhre vermittels zweier durch ihre Ringe gelegter Seidenfäden. Das Operationsgebiet wird dadurch bedeutend übersichtlicher gemacht. **Hinsberg** (Breslau).

59) Spiefs. Ein Fremdkörper im linken Hauptbronchus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 8.)

Es gelang dem Verf. durch direkte Bronchoskopie nach Anlegung einer Trachealfistel einen Knochen von einer Größe von $1^1/_2 : 2$ cm und $2^1/_2$ mm Dicke aus dem linken Hauptbronchus zu extrahieren, in welchem derselbe beinahe 2 Jahre gesteckt hatte. **Borchard** (Posen).

60) Helferich. Über die Entfernung von Fremdkörpern aus den Bronchien und über Bronchustamponade.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 558.)

H. berichtet über zwei Fälle aus seiner Klinik. Fall 1 war leicht zu erledigen. Ein einjähriges Kind mit einem, wie Röntgen zeigt, Metallröhrchen im linken Bronchus. Nach Ausführung der Tracheotomie wird das Kind mit dem Kopfe stark gesenkt, der Rumpf geschüttelt und geklopft, wonach das Röhrchen in die Wunde kommt und herausgenommen wird. Schwieriger war Fall 2, in dem durch ein originelles Verfahren die Extraktion gelang. Einem 6jährigen Knaben ist ein Bleistiftschoner in die Luftwege geraten, und zwar ebenfalls in den linken Bronchus (Röntgenbefund). Das geschlossene Ende des Bleistiftschoners steht nach unten, das offene nach oben. An letzterem hatte der Knabe gebissen, wodurch er etwas zerzackt war, so daß es wie mit Widerhaken an der Bronchialwand festsaß. In Narkose Tracheotomia sup., wonach durch die Wunde der Fremdkörper leicht sondierbar ist. Jetzt wird eine schmale Messingröhre mit einem feinen Gummifinger armiert der Art, daß dieser in leerem Zustande auf das eine Ende der Röhre übergebunden wird. Mit diesem Apparat wird das obere offene Bleistiftschonerende entriert und nun der Gummifinger mit Luft aufgeblasen, wodurch der Fremdkörper an dem Instrument Halt gewinnt und gleichzeitig die geschwellte Bronchialschleimhaut niedergedrückt wird. Hiernach gelang die Extraktion, während welcher freilich auf kurze Zeit die Atmung stark gestört wurde. Nach der Operation pneumonische Erscheinungen, aber guter Endausgang.

H. bemerkt, daß der von ihm für diesen Fall improvisierte Apparat, der der **Trendelenburg**'schen Tamponkanüle ähnelt, in der Lungenchirurgie vielleicht zur Tamponade eines Bronchus verwertet werden könnte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

61) Baldwin. Knife-blade removed from lung.

(Annals of surgery 1903. Nr. 3.)

Ein 28jähriger Mann hatte einen Stich mit einem gewöhnlichen Taschenmesser in die linke Brustseite dicht unterhalb der Achselhöhle erhalten, wobei die Klinge abbrach und in der Brusthöhle verblieb. Die Wunde heilte, jedoch trat allgemeiner Kräfteverfall und eitriger Lungenauswurf ein. An der Stelle, wo die Lunge verletzt war, verdichtete sich das Gewebe, und konnte man über der verdichteten Stelle zahlreiche Rasselgeräusche hören. Eine Röntgenaufnahme bestätigte, daß die Messerklinge in der Lunge saß. Drei Monate nach der Verletzung wurde dicht unterhalb der Hautnarbe 1 Zoll Rippe reseziert, und kam man in einen durch Verwachsungen abgeschlossenen Raum. Mit einer Kornzange gelang es, die etwa Fingerlänge tief im Lungengewebe sitzende Messerklinge zu entfernen. Pat. erholte sich und wurde gesund. **Herhold** (Altona).

62) **W. v. Ulatowski.** **Beitrag zur Kasuistik operativ behandelter Lungengangrän.**

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

Nach einer genauen Zusammenstellung der Literatur, die bis in das Jahr 1726 zurückreicht, teilt Verf. zwei Fälle aus der chirurgischen Klinik zu Kiel mit; der eine mit tödlichem Ausgange, der andere mit Erfolg operiert. Verf. macht besonders auf die Schwierigkeit der Lokalisation der mit Eiter gefüllten Hohlräume aufmerksam und empfiehlt den frühzeitigen operativen Eingriff, dessen Indikation aber von Fall zu Fall zu stellen ist. Das Nähere muß im Original eingesehen werden.

Grosse (Kassel).

63) **F. Nathan.** Beiträge zur Behandlung der Empyeme im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Folgezustände. (Aus der inneren und chirurg. Abteilung des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses in Berlin.)

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. XXXVI. Hft. 3 u. 4.)

Verf. veröffentlicht 145 Fälle von Empyema thoracis, darunter 60% Knaben, 40% Mädchen. Im Säuglingsalter standen 22%, im Alter zwischen 1—2 Jahren 20%. Bei 13 Kindern wird positive hereditäre tuberkulöse Belastung angegeben. Alle 13 starben.

Rechtsseitig war das Empyem 79mal, linksseitig 63mal, beiderseitig 3mal. Eine schlechtere Prognose der linksseitigen Empyeme ist nicht nachweisbar. Von den 145 Kindern wurden entlassen geheilt 43, gebessert 4, ungeheilt 5. Gestorben sind 93 = 64%. Bei letzteren sind abzurechnen 32 Kinder, die an interkurrierenden Krankheiten zugrunde gingen oder moribund eingeliefert und nicht mehr operiert wurden. Mithin bleiben 113 Empyeme mit 61 Todesfällen gleich 54%. Schuld an diesem hohen Prozentsatz ist die große Frequenz der Säuglinge (46, von denen 45 starben) und der äußerst erschöpfte Zustand, in dem dieselben in Behandlung kamen, so daß bei 13 Kindern von jedem operativen Eingriffe abgesehen werden mußte. Aber auch die übrigen 33 Säuglinge erlagen bis auf 1, teils wenige Tage, teils 3—7 Wochen nach der Operation der chronischen Eiterung. Die 3 doppelseitigen Empyeme gingen ebenfalls zugrunde. Was die Art des operativen Eingriffes anlangt, so wurde in letzter Zeit fast ausschließlich die Rippenresektion vorgenommen (91mal).

Im Säuglingsalter will Verf. von einer sofortigen Rippenresektion am besten absehen und erst mittels Aspirationsapparat einen Teil des Exsudates entleert wissen, um durch das plötzliche Ausströmen desselben verursachte allzu große Druckschwankungen einzelner innerer Organe, besonders des Herzens, zu vermeiden.

34 Empyemkinder konnte Verf. nach 1—11 Jahren nachuntersuchen, und war das Allgemeinbefinden durchschnittlich ein gutes. Nur in einem Falle wurde Tuberkulose konstatiert. In keinem der resezierten Fälle waren Knochendefekte zurückgeblieben. Bei fast allen Pat. bestand Rétrécissement thoracique.

A. Niché (Breslau).

64) **Kern.** Ein Fall von akutem Empyem, durch ausgedehnte Rippenresektion geheilt.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1903. Hft. 2.)

In dem geschilderten Falle fühlte sich Verf. durch das Schlechterwerden des Allgemeinzustandes des Pat. veranlaßt, bereits 4½ Wochen nach der einfachen Empyemoperation eine ausgedehnte Rippenresektion mit Schede'schem Haut-Muskellappen vorzunehmen. Der Haut-Muskellappen wurde zunächst nach innen um den oberen Wundrand umgeschlagen und erst später sekundär an die entsprechenden Hautstellen zum Verschluß der Höhle angenäht. Nach der Operation entfaltete

sich die äußerst kollabierte Lunge wieder, der Kranke erholte sich und wurde geheilt. Verf. glaubt, daß die die Wundhöhle ausfüllenden Granulationen nicht von außen in die Pleurahöhle hineinwachsen, sondern daß sie autochthon auf der Pleura entstehen. **Herhold** (Altona).

65) T. Plass. Über Thorakoplastik.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

Verf. empfiehlt bei alten Empyemen nach dem von Schede angegebenen und von anderen Autoren etwas umgemodelten Verfahren eine möglichst ausgiebige Rippenresektion (2.—10. oder 11.) und Entfernung der pleuritischen Schwarten. Hierzu teilt er sechs Fälle mit, die mit gutem Erfolge in der chirurgischen Klinik zu Kiel operiert sind. Zum Schluß folgen noch einige Bemerkungen über die Veränderungen in der Form und Gestaltung der Rippe, die sie bei derartigen Erkrankungen erleidet. **Grosse** (Kassel).

66) H. Ebbinghaus. Ein Fall von subakut verlaufender traumatischer Herzruptur mit Tod am 9. Tage.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 176.)

Ein Fall aus der chirurgischeu Klinik in Zürich, im pathologischen Institut daselbst obduziert. Ein 12jähriges Mädchen stürzt aus einem Fenster der fünften Etage auf den gepflasterten Hof, wobei sie einen Bruch des linken Oberarmes und des Beckens, sowie Kontusionen der Herzgegend und des Gesichtes davonträgt. Der bei der Aufnahme unregelmäßige und hier und da aussetzende Puls betrug am 2. Tage 128, wurde regelmäßig und gut, sank auf 110. 9 Tage lang schien die Rekonvaleszenz ganz ungestört, dann aber trat plötzlich erschwerte Atmung und innerhalb weniger Minuten der Tod ein. Sektion. Hämoperikardium, ca. 130 g Blut im unverletzten Herzbeutel. Im Herzen eine Rißstelle im Sulcus interventricularis, $2^1/_2$ cm unterhalb der Pulmonaliswurzel. Rißöffnung klein und rund, gedeckt durch ein epikardiales Häutchen. Der Riß läßt sich mit einer Sonde bis in den linken Ventrikel hinein verfolgen. Im Konus pulmonalis gegen das Septum ventriculorum eine myomalakische, prominente, erweichte Stelle. In der vorderen und rechten Semilunarklappe der Pulmonalis erbsengroße umschriebene Klappenhämatome.

E. deutet den Fall so, daß das Trauma bezw. die auf die Herzgegend einwirkende Kontusion zunächst nur eine Kontinuitätsverletzung an der Ventrikelinnenseite bewirkte, und zwar sei diese durch eine Art Überstreckung oder Überbiegung entstanden, analog gewissen Brüchen der Tabula interna des Schädels oder gewissen Nierenrupturen. Es folgten Aufwühlungen des Risses durch das von den Herzkontraktionen in diesen eingedrängte Blut, des weiteren ischämische Muskelerweichungsherde im Myokard, veranlaßt durch Gefäßkompression im Myokard nahe der Rißstelle. Schließlich Einriß des Epikard und Tod durch »Herztamponade«, d. h. Hämoperikardium. Was die interessanten gleichzeitig gefundenen Klappenhämatome der Pulmonalklappen betrifft, so scheint bei der einen Klappe auch ein Endokardriß bestanden und durch diesen sich das Herzblut ins Gewebe der Klappe gedrängt zu haben; bei der anderen Klappe greift das Hämatom derselben über die Klappeninsertionsstelle hinaus auf die Herzmuskulatur über, so daß es fraglich ist, ob nicht hier der Anfangspunkt der Blutung zu suchen ist.

Das verletzte Herz ist auf einer kolorierten Tafel gut abgebildet. In der Besprechung des Falles ist die Literatur der Herzverletzungen bezw. der Herzrupturen sorgfältig herangezogen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

67) S. Stanković. Ungewöhnliche Verletzung des Herzens.

(Liečnički viestnik 1903. Nr. 4. [Kroatisch.])

Selbstmordfall, der gerichtlich obduziert wurde. Der linke Lungenflügel war von Knochenfragmenten verletzt, welche das Geschoß von der siebenten Rippe abgesprengt hatte, während es selbst nur das Herz lädierte, und zwar so, daß es die vordere Wand des linken Ventrikels perforierte und vom Blute wieder durch

dieselbe Öffnung herausgeschleudert wurde. Es wurde nämlich sonst nirgends am Herzen eine zweite Öffnung gefunden, durch die das Geschoß hätte austreten können. Verf. erklärt den Fall folgendermaßen: Der Schuß wurde während der Exspiration abgefeuert, so daß das Geschoß nicht die Lunge verletzte, es kam während der gleichzeitigen Systole ins Herz, wo es einen Widerstand für das weitere Vordringen im herausströmenden Blute fand, das sogar das Geschoß durch dieselbe Öffnung herausschleuderte, so daß es dann im Blute im Sinus pleuralis gefunden wurde. **v. Cačković** (Agram).

68) O. Riethus. Über einen Fall von Schußverletzung des Herzens mit Einheilung des Projektils nebst experimentellen Untersuchungen über Fremdkörper im Herzen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 414.)

Ein Referat über diese Arbeit ist entbehrlich, da ihren Inhalt Trendelenburg, aus dessen Klinik die Beobachtung stammt, auf dem 1902er Chirurgenkongreß vorgetragen und ein diesbezügliches Autoreferat in unserem Blatte 1902, Beilage zu Nr. 26 p. 69 gegeben hat. Die R.'sche Arbeit interessiert aber durch die genaue Mitteilung der klinischen Details der einzig dastehenden Beobachtung, durch deren eingehende epikritische Durchsprechung, durch die ausführliche Beschreibung der Tierexperimente, sowie die beigefügten Röntgenbilder und sonstigen Figuren, welche die Brust des Kranken mit der Stelle des Einschusses, ferner einen ideellen Querschnitt durch seine Brust mit Bezeichnung des Situs der Kugel im Herzen, endlich Herzpräparate mit Kugeleinheilungen von den Versuchshunden darstellen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

69) W. J. Predtetschenski. Dermoidcyste in der Brusthöhle.

(Praktitscheski Wratsch 1903. Nr. 3 u. 4.)

Pat., 19 Jahre alt, seit 2 Jahren krank. Respirationsbeschwerden, Husten, einmal mit Blut im Auswurfe. Brustumfang links 43, rechts 47 cm. Vorn von der 2.—4. Rippe totale Dämpfung, fehlender Fremitus; hinten unten volle Dämpfung, an der Axillarlinie zwischen beiden Dämpfungen Schall heller. Keine Mikroorganismen im Auswurf. Probepunktion vorn und hinten — dicke, eitrige Flüssigkeit mit Fett und Cholestearin. Allgemeinzustand gut. Diagnose: Inkapsuliertes Empyem. Resektion der 7. Rippe in der vorderen Axillarlinie; etwa 800 ccm dicke Flüssigkeit mit festen Bröckeln und Haaren wurden entfernt; nach der Operation stieg die Temperatur. 2 Wochen später Eiter hinten unter dem Schulterblatt; Resektion der 9. Rippe, Drainage der Höhle. Nach und nach dehnte sich die Lunge aus, und die Höhlen wurden kleiner. Ein aus der Cystenwand entferntes Stück zeigt den Bau der Haut mit Talg- und Schweißdrüsen.

Der Fall ist der 40. in der Literatur. Achtmal wuchs die Cyste nach oben zum Hals, in den übrigen Fällen nach unten rechts oder links; 13mal perforierte sie in die Bronchien (Haare im Auswurf), 8mal verlief sie unter dem Bilde eines inkapsulierten Empyems; einmal kommunizierte die Cyste mit dem Perikard; einmal lag sie über dem Perikard und nahm den oberen Lungenlappen ein. — Diagnostisch wichtig ist das Vorhandensein der Haare (im Auswurf, in der durch Probepunktion mit starkem Trokar gewonnenen Flüssigkeit), das Entstehen bei jungen Personen, der gute Allgemeinzustand, das Fehlen von Tuberkulose, Aktinomykose und Echinokokken. Die Diagnose ist in vielen Fällen möglich. Die Prognose ohne Operation ungünstig. Operiert wurde 12mal; 3mal wurde die Cyste exstirpiert (Heilung), in den übrigen Fällen begnügte man sich mit mehr oder weniger breiter Inzision und Drainage. Nur einmal trat nach 6 Wochen der Tod ein infolge Septhämie (Mandlebaum). **Gückel** (Kondal, Saratow).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 29. Sonnabend, den 18. Juli. **1903.**

Carl Gussenbauer.

Geboren am 30. Oktober 1842 in Ober-Vellach (Kärnten).

Gestorben am 19. Juni 1903 in Wien.

Aus einem Leben reich an Arbeit, reich an Erfolgen, aus einem großen Wirkungskreis, dem seine Kräfte noch für lange Jahre in höchstem Maße gewachsen schienen, aus einem glücklichen Familienkreise wurde Carl Gussenbauer scheinbar plötzlich entrückt; doch hatte die Krankheit, die seinen Tod herbeiführte (Myokarditis), ihm schon qualvolle Monate bereitet, ohne seine Tatkraft zu brechen. Wer ihn erst als reifen Mann kennen lernte, dem mochte er in seiner Besonderheit erscheinen wie ein erratischer Block, durch mächtige Naturkräfte von weither in eine fremde Umgebung getragen; denn er war anders geartet, als seine lebensfrohen österreichischen Landsleute, anders als die meisten modernen Menschen. Der ernste Mann war schweigsam, was er sprach war wohl überdacht und treffend; er war so wortkarg und aller leeren Form feind, daß man kaum je eine Phrase der bloßen Höflichkeit aus seinem Munde hörte. Ohne Vorurteil und mit scharf kritischem Auge betrachtete er die Dinge und nahm Neues nur vorsichtig auf, Erprobtes aber hielt er fest.

Seine Lebensauffassung war die des Philosophen, der Wert des Daseins schien ihm gering, und doch war sein frei gewählter Beruf der ärztliche, der auf der höchsten Wertschätzung des Lebens beruht.

Dieser scheinbare Gegensatz kann daher, daß der nach strengen Prinzipien oft rücksichtslos handelnde Mann einen unerschöpflichen Schatz von Güte im Herzen trug, den er gern unter rauher Hülle verbarg, als wäre es nicht manneswürdig, weiche Regungen zu zeigen.

Die Freunde aus der Jugendzeit blieben ihm in warmer Liebe zugetan, jeder von ihnen zu jedem Opfer bereit; die ihn später im Leben kennen lernten, verehrten ihn nicht nur als Mann der Wissenschaft, sondern auch wegen seiner Objektivität, wegen seines Wohlwollens, seiner Gerechtigkeit und wegen der unerschütterlichen Tatkraft, die ihn den geraden Weg zu dem als würdig erkannten Ziele führte. Diese Eigenschaften machten ihn auch stets zum Führer einer Gruppe von Gesinnungsgenossen, zu einem Führer, unangreifbar dadurch, daß er nie selbstische, nie unedle Zwecke verfolgte. Als Gelehrter, als praktischer Chirurg, als Freund der Jugend war er der Gegenstand der Verehrung und Liebe seiner Schüler.

Wieso entwickelte sich Gussenbauer gerade so eigenartig? Die Keime dazu lagen natürlich in ihm, aber wie viele Keime werden bei jeder Entwicklung einer Persönlichkeit unterdrückt — Neigung und Schicksale treffen die Auslese.

Als ein Kärntner Dorfjunge kannte er keine Weichlichkeit, war frühzeitig an mutiges Tun gewöhnt. Das Leben im Gebirge weckte den Sinn für die Natur, des Vaters ärztlicher Beruf mag dem Knaben die Richtung für später gegeben haben, trotzdem ihn der Vater, der für viele Kinder zu sorgen hatte, für den geistlichen Stand bestimmen mußte, denn nur dadurch konnte ihm das Studium an einem Gymnasium zugänglich gemacht werden. Ehe das Gymnasium erledigt war, entschied Gussenbauer selbst über sein weiteres Schicksal. Er ging dann nach Wien und studierte Medizin. Seine Kraft reichte aus, ein eifriger Student zu sein und zugleich durch Erteilen von Unterricht seinen Lebensunterhalt zu erwerben; seine Kraft reichte aus, auch nach vollendetem Studium (1867) den Zielen zuzustreben, die seine Lehrer: Hyrtl, Brücke, Skoda, Rokitansky, Schuh ihm gezeigt hatten, und ein glückliches Geschick führte ihn (1869) als »Operationszögling« an die Klinik Billroth's. Da mag der erste Sonnenschein leuchtend und erwärmend in das Herz des einsam Strebenden gedrungen sein; da schloß er die Freundschaftsbündnisse, die bis zum Ende dauern sollten, da sah er das Beispiel des genialen Meisters, der für seine Schüler nicht nur Belehrung hatte, sondern auch Herzensgüte, der sie behandelte als gehörten sie seiner Familie an, und sie förderte, nicht nur in der Wissenschaft sondern auch im Leben. Was an Güte im Herzen Gussenbauer's schlummerte, wie verschüttet von der Not des Lebens, das mag damals geweckt und einer reicheren Entwicklung entgegengeführt worden sein.

Von da an ging es mit raschen Schritten vorwärts: er wurde klinischer Assistent (1872) und lieferte in jener Zeit wertvolle wissenschaftliche Arbeiten (die Themen dieser Arbeiten waren: die Heilung

von Muskelwunden, die Verbreitung des Epithelkrebses auf Lymphdrüsen, die Pigmentbildung in melanotischen Sarkomen, die Knochenentzündung der Perlmutterdrechsler, die erste durch Th. Billroth ausgeführte Kehlkopfexstirpation, die künstliche Knochentrennung in der Orthopädie, die partielle Magenresektion u. a.).

Schon nach drei Jahren (1875) wurde er (auf Billroth's Empfehlung) als Professor der Chirurgie an die Universität in Lüttich berufen. Er brachte es fertig, im Laufe der wenigen Monate bis zum Antritt dieser Stellung, die französische Sprache, von ihren Rudimenten beginnend, so zu erlernen, daß er sogleich seine Vorträge in dieser Sprache halten konnte.

In Lüttich waren damals die Verhältnisse für einen Fremden schwierig, doch erwarb sich Gussenbauer schon nach kurzer Zeit durch seine Persönlichkeit und seine Leistungen ein so großes und allgemeines Ansehen, daß er sogar die Wahl seines Nachfolgers treffen konnte, als er drei Jahre später (1878) die chirurgische Klinik in Prag übernahm. Dort wurde er wegen seiner persönlichen Bedeutung, wegen seines festen, unbeugsamen Charakters, dem wohl die bisher in hartem Kampf errungenen Erfolge einen herrischen Zug beigefügt hatten, und wegen seines tapferen Deutschtums bald zur führenden Persönlichkeit der medizinischen Fakultät, ja der Universität, die ihn im Jahre 1887 zum Rector magnificus wählte.

Im Jahre 1894 wurde er als Nachfolger Theodor Billroth's an die Wiener Universität berufen. Auch hier gewann er bald eine einflußreiche Stellung an der medizinischen Fakultät. Die Integrität seines Charakters, seine wohlwollende Gesinnung, seine Gerechtigkeitsliebe machten ihm Freunde, und wer hätte sich als Gegner eines solchen Mannes bekennen wollen! Die Ärzte Wiens gaben ihm (vor vier Jahren) einen Beweis ihres Vertrauens und ihrer Verehrung durch seine Wahl zum Präsidenten der Ärztekammer, die Universität Wien ehrte ihn durch die Wahl zum Rector magnificus. Seine Amtsführung wurde durch den Tod abgeschnitten. Die Universität Wien erwies dem Toden alle Ehren.

Seine Freunde teilen den Schmerz seiner verwaisten Familie und beklagen den Verlust eines Mannes, dessen Lebensgang und dessen Charakter wert sind, den heranreifenden Generationen ein Vorbild zu sein.

Die wissenschaftlichen Arbeiten Gussenbauer's seit seiner Berufung nach Prag sind zahlreich und behandeln Themen aus verschiedenen Gebieten der Chirurgie. Ihre Aufzählung an dieser Stelle darf wohl unterbleiben, sie sind ja im Zentralblatt registriert. Durch seine wissenschaftlichen Leistungen, sein umfassendes Wissen in allen Gebieten, durch seine unübertroffene Technik als Operateur, durch die Vortrefflichkeit seines Charakters stand Gussenbauer in der ersten Reihe der Chirurgen unserer Zeit.

Die »Deutsche Gesellschaft für Chirurgie«, deren Kongresse er seit vielen Jahren regelmäßig besuchte, wählte ihn im Jahre 1895 zum Vorsitzenden.

Er war einer der Herausgeber des »Archiv für klinische Chirurgie«, der »Zeitschrift für Heilkunde« und der »Wiener klin. Wochenschrift«. R. Gersuny.

Eine neue Modifikation der Maydl'schen Operationsmethode bei angeborener Blasenektopie.

Von

Prof. **J. Borelius**, Lund i/Schweden.

Bei den schwersten Fällen von Blasenektopie, wo die Diastase in der Schamfuge bedeutend ist, wie auch bei Fällen, wo bereits eine andere Operationsmethode erfolglos zur Anwendung gekommen ist, ist der Maydl'sche Eingriff ohne Zweifel berechtigt als der einzige, der zu einem einigermaßen guten funktionellen Resultate führen kann. Zudem scheint die Spezialliteratur der letzten Jahre ja auch zu zeigen, daß diese Operationsmethode mehr und mehr in Aufnahme kommt.

Die größten Bedenken bei der Maydl'schen Methode machen sich ohne jede Frage im Hinblick auf die durch Implantierung des Blasengrundes in den Darm gesteigerte Infektionsgefahr für die Nieren geltend.

Jede Modifikation dieser Methode, die darauf abzielt, genannte Gefahr nach Möglichkeit zu vermindern, muß somit als rationell und beachtenswert betrachtet werden.

Bei Gelegenheit eines klinischen Vortrages, in dem ich über die Vor- und Nachteile der Maydl'schen Methode sprach und ebenfalls einen hierfür seiner Zeit von Gersuny gemachten Modifizierungsvorschlag erwähnte und einer Kritik unterzog, schlug einer von meinen Assistenten, Dr. W. Berglund vor, man solle durch eine Anastomose an der Wurzel der Flexura sigmoidea zwischen der ab- und zuführenden Schlinge die Fäces vom Colon descendens direkt

in den Mastdarm leiten, um sie auf diese Weise nicht an dem in die Flexura sigmoidea implantierten Blasengrunde unmittelbar vorbeipassieren zu lassen.

Den Fall nun, den ich bei dieser Gelegenheit — am 16. Februar 1903 — zu operieren hatte, gedachte ich nach diesem Vorschlage zu behandeln, doch mußte ich wegen der Form der Flexur, die die Anlage einer Anastomose in obenerwähnter Weise als fast unausführbar erscheinen ließ, von meinem Vorhaben Abstand nehmen. Die Flexur war nämlich im ganzen ziemlich klein und an ihrer Basis breit, so daß die ab- und zuführenden Schlingen an der Wurzel ca. 15—20 cm voneinander getrennt waren.

Der Fall betraf einen 24jährigen Mann, K. O. Z., der zuvor nicht in Behandlung gestanden hatte. Die Ektopie war vollständig; die Diastase in der Schamfuge betrug 9 cm; die Operation fand statt am 16. Februar 1903. Die Blase wurde umschnitten und abgelöst, die Ureteren wurden mobilisiert; in die Kuppel der hervorgezogenen Flexura sigmoidea wurde ein Längsschnitt gemacht und der Blasengrund mitsamt den Ureteren implantiert, nachdem er durch Exzision der überflüssigen Blasenwandteile zu einer eliptischen Partie umgeformt worden war. Die Heilung ging ohne Urin- und Sterkoralfistel vor sich. Der Zustand des Pat. gleich nach der Operation war zufriedenstellend; er hatte völlige Kontinenz und konnte den Urin etwa 6—8 Stunden halten; am 21. März Temperaturerhöhung, Frösteln, Abgang von Blut mit dem Urin; mehrere ähnliche Anfälle folgten späterhin; schließlich zeigten sich deutlich urämische Symptome, und am 29. Mai trat der Tod ein.

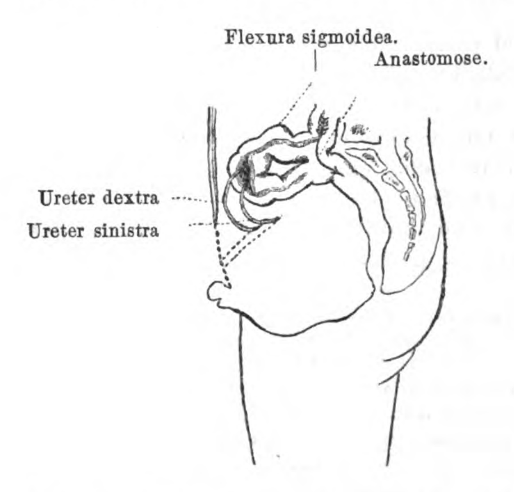
Die Sektion ergab Pyelitis und suppurative Nephritis beiderseits. Hier liegt also ohne Frage eine aufsteigende Infektion vor, die schließlich zu einer suppurativen Nephritis und Urämie mit Exitus letalis, drei Monate nach der Operation führte.

Es läßt sich nicht von der Hand weisen, daß der unglückliche Ausgang hier in direktem Zusammenhange mit der Implantation des Blasenteiles in den Darm steht.

Am 9. April 1903 hatte ich wiederum Gelegenheit, einen solchen Fall zu operieren. Hier war die Flexur ganz besonders für die Anlage einer Anastomose zwischen der ab- und zuführenden Schlinge in der Nähe der Wurzel geeignet.

Der Fall betraf einen 14jährigen Jüngling A. O., der zuvor nicht behandelt war. Es lag vollständige Ektopie vor bei einer Diastase von ca. 4—5 cm in der Schamfuge. Die Operation fand am 9. April 1903 statt. Die Blase wurde umschnitten und abgelöst, die untere Partie zuerst und darauf die obere unter gleichzeitiger Öffnung des Bauchfelles. Bei Ablösung der lateralen Partien wurde genau auf die Lage der Ureteren acht gegeben. Nachdem die ganze Blase dann abgelöst und nur noch mittels der Ureteren befestigt war, wurden diese vorsichtig mobilisiert in der Weise, daß die Blase einige Centimeter vorgerückt werden konnte. Hierauf wurde die Peritonealhöhle nach oben hin etwas weiter als zuvor geöffnet und die Flexur aufgesucht und hervorgezogen; sie wies eine bedeutende Größe auf, war jedoch an der Wurzel schmal; sie wurde ganz und gar aus der Bauchwunde hervorgenommen und an ihrer Wurzel eine laterale Anastomose von 5—6 cm Länge zwischen der ab- und zuführenden Schlinge angelegt, die dann durch Seidennähte in drei Etagen verschlossen wurde. Hierauf wurde die Flexur so reponiert, daß nur noch ihre Kuppel vorn in der Wunde lag. Jetzt wurde

ein Längsschnitt in den Darm, und zwar in ein Lig. long. gelegt und hier der eliptisch geformte Blasengrund mit den Ureteren implantiert (siehe Fig.). Die innere Etage der Suturen wurde mit Katgut, die äußere mit Seide angelegt. Darm und Blasengrund wurden versenkt und die Bauchhöhle geschlossen, wobei jedoch die unteren Peritonealsuturen die Flexur faßten. Die Hautnähte wurden mit Silkwormgut angelegt. Heilung ohne Urin- oder Sterkoralfistel. Die Hautnähte wurden am 18. April herausgenommen. Der Pat. wurde am 16. Mai 1903 aus der Klinik entlassen. Er besitzt völlige Kontinenz und vermag den Urin drei Stunden in der Regel zu halten, zuweilen jedoch länger. Sein Allgemeinbefinden ist gut.



Natürlich ist es zu früh, sich bei diesem Falle über das definitive Resultat zu äußern. Ich habe indessen darüber schon jetzt berichten wollen, um die praktische Durchführbarkeit (zum mindesten in gewissen Fällen) dieses theoretisch wohlbegründeten Vorschlages betreffs der Anastomose an der Flexur zu zeigen und dadurch zu weiteren Versuchen mit dieser kleinen Modifikation des Maydl'schen Operationsverfahrens aufzumuntern.

Die Operation weist also folgende fünf Hauptmomente auf:

1) Umschneiden und Ablösen der Blase und Zuformen eines genügend großen eliptischen Stückes des Blasengrundes mit den Ureteren.

2) Öffnung der Bauchhöhle in der Ausdehnung, daß die Flexura sigmoidea vollständig hervorgezogen werden kann.

3) Anlegung einer lateralen Anastomose zwischen der oberen und unteren Flexurschlinge in möglichster Nähe der Wurzel.

4) Längsschnitt in die »Kuppel« der Flexur und Implantation des Blasengrundes daselbst.

5) Bauchsuturen.

Lund, Juni 1903.

---

1) J. Jensen. Über Pneumokokkenperitonitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 4; Bd. LXX. Hft. 1.)

Dem Verf. gelang es, bei einer größeren Reihe von Versuchstieren mittels einer in indifferenter Flüssigkeit injizierten Menge von Pneumokokken eitrige Peritonitis zu erregen. Die Mikrobenmengen, aus 24stündigen Kulturen getöteter Tiere bestehend, waren dabei weit geringer, als die von früheren Forschern angewendeten; auch bedient sich J. keiner Beihilfe durch Schädigung der Serosa, Herab-

setzung der Resorption oder Infektion des Bauchfells. Bei einigen Tieren kam es auch zu Perikarditis und Pleuritis. Mit Wallgren ist J. darin einig, daß die Phagocytose im Peritoneum eines der Hilfsmittel des Organismus ist, welche zur Überwindung einer peritonealen Infektion dienen; aber sie ist weder das einzige noch das wesentlichste Hilfsmittel. Da die Bauchhöhle ein Lymphraum ist und in rascher Kommunikation mit dem Kreislauf steht, ist es unmöglich, die Vorgänge im Peritoneum als lokale Erscheinungen zu studieren; dieselben müssen im Zusammenhang mit dem übrigen Organismus betrachtet werden, vor allem mit Untersuchung des Übergangs der Mikroben in das Blut. Auch in dieser Hinsicht wurde das Tierexperiment zu Rate gezogen: man konnte frühestens 4—5 Minuten nach der Injektion ins Bauchfell Pneumokokken im Blute nachweisen, und zwar bei allen Versuchen. Im Blute derjenigen Tiere, welche längere Zeit lebten, konnte J. stets Pneumokokken, wenngleich auch in spärlicher Menge, zuweilen erst nach mehrtägigem Stehen der Kulturen im Thermostat nachweisen. Kurz vor dem Tode trat merkbare Zunahme der Mikroben ein. Bei einem Tiere waren die Pneumokokken nach 16 Tagen aus dem Blute verschwunden, aber aus dem Bauchfell noch nachzuweisen. Verschwanden die Mikroben aus dem Blute, so war das Tier als gerettet zu betrachten, selbst wenn solche im Bauchfellraum noch gefunden wurden. Der Resorption wird eine sehr große Bedeutung beigelegt und die Auffassung Noetzel's für irrig erklärt, daß die überlegene Widerstandskraft des Peritoneums nicht so sehr auf der Resorption als vielmehr auf der großen baktericiden Kraft der Peritonealflüssigkeit und ihrer Zellen beruhe. Durch die rasche Aufsaugungsfähigkeit des Bauchfells geschieht es aber, daß der entscheidende Kampf bei peritonealer Infektion gar nicht im Peritoneum, sondern im Kreislauf, im ganzen Organismus stattfindet.

In dem zweiten, klinischen Teile der Arbeit stellt Verf. 86 Fälle aus der Literatur zusammen, zu denen er die stattliche Zahl von 20 neuen fügt. Auf Grund dieser gesamten Beobachtungen läßt sich feststellen, daß die Pneumokokkenperitonitis im ganzen eine seltene Komplikation der Pneumonie ist. Die Pneumokokken können auf verschiedenen Wegen in das Peritoneum gelangen, durch die Bauchwand, aus der Pleura, durch das Diaphragma, auf dem Wege der Blutbahn, aus den Genitalorganen, aus dem Intestinalkanal und schließlich aus einem der anderen Bauchorgane. Merkwürdig ist, daß die Entstehung einer Pneumokokkenperitonitis auf dem Blutwege erwiesenermaßen sehr selten ist, obschon das Blut bei krupöser Pneumonie stets Kokken enthält. Häufiger als man annimmt, dürfte vielleicht die Entstehung puerperaler Endometritiden und Peritonitiden durch den Pneumokokkus sein. Ausführlicher sind dann noch die Beziehung der Pneumokokken zu dem Darmkanal besprochen. Trotzdem dieselben auf saurem Nährsubstrat nicht gedeihen, ist es doch nicht unwahrscheinlich, daß sie den normalen sauren Magen-

saft passieren — ist dieser alkalisch, so geht es noch leichter — und als pathogene Organismen wirken können. Unter seinen 20 Fällen nimmt J. die Entstehung der Peritonitis 11mal durch Infektion vom Darmkanal aus an. Eine kräftige Stütze für diese Mutmaßung findet er in dem Nachweis von Pneumokokken im Darminhalt, der ihm einige Male gelang. Auffallend erschien ihm ferner, daß er im appendicitischen Eiter einen in allen Beziehungen dem Pneumokokkus ähnlichen Mikroben häufig vorfand, und er hält ihn für den Eitererreger, der im Wurmfortsatz am häufigsten vorkommt. Durch Fütterungsversuche mit Pneumokokken ließ sich feststellen, daß diese Mikroorganismen auch durch die unversehrte Darmwand hindurchdringen können, was ja im Gegensatz zu der allgemein anerkannten Ansicht von der Durchlässigkeit der Intestinalwandung von Seiten der Bakterien steht. Was die prädisponierenden Ursachen betrifft, so hatten nur in wenig Fällen die Pat. vorher eine Pneumonie gehabt. — Pathologisch-anatomisch kennzeichnet sich die Pneumokokkenperitonitis durch die Neigung, Pseudomembranen zu bilden, durch welche eine Umkapselung und Begrenzung der Bauchfellentzündung bewirkt wird. Gerade diese umschriebene Peritonitis kommt am häufigsten bei Kindern vor, ist subumbilikal gelegen und bricht gern durch den Nabel selbst durch. Die Ursache dieser Eigenart ist noch nicht recht aufgeklärt. Die diffuse Pneumokokkenperitonitis ist nicht wesentlich von anderen Peritonitiden verschieden; es finden sich nur relativ wenig fibrinopurulente Membranen; oft teilt sich das Exsudat in zwei Schichten, in eine seropurulente freie Flüssigkeit und Beläge an den Organen. Mitunter sind gleichzeitige Veränderungen am Nahrungskanal vorhanden, und besonders bei Kindern dürften die Erkrankungen dieses Systems die häufigste Veranlassung zur Pneumokokkeninfektion der Bauchhöhle geben.

Die metapneumonische Pneumokokkenperitonitis kann sich schleichend ohne Symptome oder mit leichten Erscheinungen entwickeln, oder andere Leiden und Komplikationen verwischen das Krankheitsbild. Die Peritonitis kann nach dem Ablaufe der Pneumonie sehr heftig und plötzlich auftreten und im Laufe weniger Tage zum Tode führen; aber die Bauchfellerkrankung kann auch von Anfang an als Hauptleiden auftreten und die Pneumonie fast verdecken.

Diagnostisch besteht zwischen der Pneumokokkenperitonitis bei Erwachsenen und Kindern ein wesentlicher Unterschied. Bei ersterer ist die Erkenntnis des Leidens selten möglich gewesen, dagegen bietet die umschriebene primäre Erkrankung der Kinder ein so typisches Bild, daß man imstande ist, die Diagnose zu stellen. Man hat dabei besonders auf folgende Merkmale zu achten: auf den jäh auftretenden Unterleibsschmerz, Erbrechen, Diarrhöe und Fieber. Nach Ablauf kürzerer oder längerer Zeit tritt ein Nachlassen der beunruhigenden Anfangssymptome ein. Dann bildet sich rasch ein Exsudat mit Neigung zur Abkapselung unterhalb des Nabels. Trotz-

dem bleibt bei dem Wechsel der Erscheinungen die Diagnose oft schwierig gegenüber anderen Erkrankungen, wie Appendicitis, Typhus und tuberkulöser Peritonitis. Natürlich muß die klinische Diagnose durch den bakteriologischen Befund des Eiters event. des Blutes sichergestellt werden. Im letzteren sind bei der Pneumokokkenperitonitis nach Ansicht des Verf. stets Pneumokokken zu finden. Die Therapie ist selbstverständlich in den Fällen, welche nicht wegen anderer Erkrankungen trostlose Aussichten geben, eine chirurgische, welche freilich oft erst nach Abkapselung des Exsudates eintreten soll.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

2) **G. Friedländer.** Zur Frage der Behandlung der tuberkulösen Peritonitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 1.)

Eine hämatogene Infektion des Bauchfells mit Tuberkelbazillen ist auf dem Sektionstisch überaus selten nachweisbar. Die Regel ist, daß die Infektion von in oder neben der Bauchhöhle befindlichen Organen, zu denen auch die Lymphgefäße und Lymphdrüsen des Mesenteriums gehören, aus erfolgt. Ob das Serosaendothel Tuberkelbazillen durchtreten läßt, ohne selbst geschädigt zu sein, ist nicht nachweisbar. Häufig findet man Stellen, wo über dem Tuberkel die Endotheldecke fehlt, ebenso trifft man öfters sichtbare Durchbrüche in die Bauchhöhle an. Gewöhnlich wird die Infektionsquelle durch Verwachsungen abgeschlossen, welche gerade in dem Peritonealraum leicht entstehen. Unter 88 Sektionen fand sich 5mal eine Kombination mit Lebercirrhose. Außer dem Offenbleiben resp. dem Verschluß des Infektionsherdes und den vorhandenen Circulationsverhältnissen sind von Wichtigkeit für den Verlauf der tuberkulösen Peritonitis die Konstitution des Individuums und die Art und Virulenz der infizierenden Bakterien. Unter den bekannteren klinischen Symptomen des Leidens ist das acholische Aussehen des Stuhles erwähnt, das sich hier und da vorfindet, und das sich nach Nothnagel aus der Kachexie erklären läßt. Als Todesursache, welche bei den von F. sezierten Fällen von tuberkulöser Peritonitis zu konstatieren war, ist die äußerste Abmagerung und Kachexie zu nennen. Für dieselbe ist neben der verminderten Nahrungsaufnahme der chronisch fieberhafte Zustand, die langdauernde Eiterung verantwortlich zu machen, in manchen Fällen auch eine Kotfistel. Verf. glaubt nicht, daß ein so chronischer Prozeß wie die Tuberkulose durch so kurzdauernde Vorgänge, wie sie bei einer Laparotomie vielleicht eintreten können, z. B. die angebliche Hyperämie mit ihren unkontrollierbaren antiseptischen Wirkungen des Serums und der Leukocyten u. a. m., beeinflußt werden könne. Eine andere Frage ist die, ob die Laparotomie so harmlos ist, wie man anzunehmen geneigt scheint. Nach einer von F. entworfenen Zusammenstellung gewinnt es den Anschein, daß die Laparotomie das Entstehen einer Kotfistel begünstigt. Bestärkt wird man noch in dieser Annahme,

wenn man die Stellen der nach dem Bauchschnitt gebildeten Fisteln mit den Stellen spontaner Perforationen vergleicht. Eine zweite kleinere und seltenere Gefahr der Operation ist die, daß Darmgeschwüre, welche bis dahin durch Verwachsungen geschlossen waren, beim Lösen derselben eröffnet werden und eine akute Peritonitis zur Folge haben können. Darum soll man bei dem Eingriff Verwachsungen möglichst schonen. In Fällen, in denen man vermuten kann, daß die entzündlichen Prozesse abgelaufen sind, soll man ein stagnierendes Exsudat beseitigen; ebenso muß die Laparotomie in Fällen gemacht werden, in denen undulierende Geschwülste fühlbar sind und Abkapselungen, die mit Eiter oder stagnierendem Sekret ausgefüllt sind, Cysten vortäuschen können.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

3) **Grüneisen.** Über die subphrenischen Abszesse, mit Bericht über 60 operierte Fälle.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 1.)

Der Arbeit liegen 60 von Körte operierte Fälle von subphrenischem Abszeß zugrunde. Was die Lage der subphrenischen Abszesse betrifft, so kann man im allgemeinen annehmen, daß sie in derjenigen Körperseite liegen, in welcher sich das ursprünglich erkrankte Organ befindet. Besonders gilt dies für die retroperitonealen Eiterungen, während für die intraperitonealen Ausnahmen vorkommen. Der Inhalt der Abszesse ist ein verschiedener je nach dem Ausgang der Eiterung. Gasbeimengung wurde nur in 13 Fällen gefunden. Während v. Leyden annimmt, daß das Gas aus einem lufthaltigen Organ stammen müsse, ist G. der Ansicht, daß dasselbe von gasbildenden Bakterien an Ort und Stelle produziert werden könne; für eine Reihe näher bezeichneter Fälle ist diese Entstehungsart die bei weitem wahrscheinlichere. Die Symptomatologie des Leidens ist eine ungemein wechselnde; regelmäßig sind schon eher Schmerz, Temperatursteigerung, Hochstand des Zwerchfells vorhanden. Bei Gasbildung ist eine dreischichtige Schallanordnung, Lungenschall, Tympanie durch die Gasblase und Dämpfung durch die Eiterung, charakteristisch. Die Verdrängungserscheinungen, die durch größere Abszesse bedingt werden, sind meist geringer als bei Exsudaten der Pleura. Die Abszesse renalen, lienalen und kostalen Ursprungs treten gewöhnlich weniger deutlich in Erscheinung wie die anderer Herkunft.

Die wichtigste Komplikation ist die Infektion der Pleura, welche auf retroperitonealem resp. retropleuralem Wege, wie auch infolge von Durchwanderung von Bakterien durch das Zwerchfell (Burckhardt) am häufigsten entsteht. Die Perforation des Zwerchfells wurde nur dreimal gefunden, einmal vom Magen, zweimal von Perityphlitis aus bedingt. Unter den 60 Fällen war 40mal eine Exsudation in die Pleura erfolgt. Trifft die eitrige Einschmelzung des Zwerchfells auf ältere pleuritische Verwachsungen, so kann der sub-

phrenische Abszeß in die Lunge durchbrechen. Der Durchbruch in die freie Bauchhöhle ist ein sehr seltenes Ereignis, ebenso die sehr gefährliche und zu Gasansammlung führende Perforation in den Darm.

Für die Diagnose wichtig ist die Anamnese, die auf eine primäre Erkrankung eines Bauchorgans aufmerksam macht. Sichere, für alle Fälle gültige Anhaltspunkte gibt es unter den physikalischen Symptomen für die Diagnose des subphrenischen Abszesses, besonders für die Differentialdiagnose zwischen Erguß oberhalb oder unterhalb des Zwerchfells nicht. Der Nachweis des Eiters durch Probepunktion ist das wichtigste und nicht zu entbehrende Hilfsmittel für die Erkenntnis dieser tiefen Eiterherde. Eventuell sind zahlreiche Punktionen notwendig, da man nicht immer gleich Eiter bekommt. Eine Infektion, auch eine solche der Pleura ist dadurch nicht zu befürchten, selbst wenn man mit der Nadel in den Darm geraten sollte. Freilich soll man die Punktion nur dann vornehmen, wenn man sofort auf den Abszeß loszugehen gedenkt; denn bei verzögertem Eingriff kann leicht eine Phlegmone der Weichteile entstehen. Erhält man bei der Punktion verschiedene Flüssigkeiten, so spricht das für subphrenischen Abszeß mit Pleuraerguß. Ein günstiger Ausgang des Leidens ist nur von möglichst frühzeitiger und gründlicher Entleerung des Eiters zu erwarten. Von Körte's 60 Pat. starben 20, während Maydl 50% Sterblichkeit fand. Außer von der Inzision des Abszesses hängt die Prognose natürlich von der Art des Grundleidens ab, das ebenfalls neue Eingriffe erfordern kann.

Für die Behandlung kommen zwei Wege in Betracht, die Eröffnung des Abszesses durch Eingehen von der unteren Brustöffnung aus oder der Zugang durch die knöcherne Brustwand hindurch mit Rippenresektion und Eröffnung des Pleuraraums. Um bei letzterem Verfahren in den Fällen, wo sich weder Erguß noch Verklebungen des Brustfells finden, eine Infektion zu verhüten, vernäht man die Pleura costalis mit der Pleura diaphragmatica in der Art fortlaufend, daß die Nadel immer in den Zwischenräumen zwischen der letzten Ein- und Ausstichöffnung wieder eingestochen wird, also mit »Hinterstich«. Auf diese Art ist man jedenfalls berechtigt auch bei freier Pleura den peripleuralen Weg zur Eröffnung subphrenischer Abszesse einzuschlagen, besonders da er besseren Abfluß verschafft wie Inzisionen am Rippenrande.

Die vom Wurmfortsatze ausgehenden extraperitonealen subphrenischen Abszesse entstehen entweder durch Eiterung hinter dem Blinddarm oder durch Verbreitung der Eitererreger durch den Wurmfortsatz hindurch in das Mesenteriolum und von da weiter nach oben bis an den stumpfen Leberrand. Die Richtung ihrer Ausbreitung wird nicht durch die Schwere, sondern durch den Verlauf der Lymphbahnen und Bindegewebsspalten bestimmt. Die intraperitonealen Abszesse, die vom Wurmfortsatze aus entstehen, sind entweder Teilerscheinungen einer allgemeinen Peritonitis oder

entstehen als isolierte perityphlitische intraperitoneale Abszesse bei meist hoch hinaufgeschlagenem Wurmfortsatz. Sie liegen meist auf der rechten Seite. Von 27 Fällen des Verf. sind 14 retroperitoneale Abszesse, 13 intraperitoneale, so daß beide Entstehungsweisen etwa gleich häufig wären. Mitbeteiligung der Pleura ist bei den perityphlitischen Abszessen besonders häufig. Von besonders schlechter Prognose sind die gashaltigen perityphlitischen Abszesse im subphrenischen Raum.

Zur Entstehung der stomachalen subphrenischen Eiterherde gehört immer eine Schädigung der Magenwand, sei es durch geschwürige Prozesse, zerfallende Karzinome oder Traumen. Am häufigsten ist die Ätiologie ein perforiertes Magengeschwür, bei welchem die Ausbreitung der Eiterung zwischen Verwachsungen stattfindet, die sich schon vor dem Durchbruch gebildet haben. In anderen Fällen verhütet starker Meteorismus nach der Magenperforation die Ausbreitung der Peritonitis und begünstigt eine Lokalisierung der Eiterung. Bei Geschwüren an der Vorderwand und an der großen Kurvatur entsteht leichter eine allgemeine Peritonitis, bei solchen an der Hinterwand und an der kleinen Kurvatur eher eine Begrenzung der Eiterung im subphrenischen Raum. Der Sitz ist meist linksseitig, der Abszeß ist gewöhnlich sehr ausgedehnt und nimmt die ganze linke Zwerchfellwölbung ein. Linker Leberlappen, Magen, Milz und Quercolon schließen nebst der Bauchwand den Eiterherd von der Bauchhöhle ab. Der Inhalt ist fast stets gashaltig, dagegen kann durch die engen Gänge zwischen den Verwachsungen weder Magensaft noch Mageninhalt eintreten. Das klinische Bild dieser Gruppe ist der typische Pyopneumothorax subphrenicus Leyden's. In der Anamnese findet man gewöhnlich Klagen über langdauernde Magenbeschwerden und die Erscheinungen plötzlicher Magenperforation. Die Prognose ist nicht so günstig wie bei den perityphlitischen Abszessen. Nach Entleerung des Abszesses kann hierauf das Grundleiden noch recht viel Beschwerden bereiten.

Neben diesen am häufigsten auftretenden subphrenischen Abszessen finden diejenigen noch kürzere Besprechung, welche vom Duodenum, von cholangitischen Prozessen, von Echinokokken, von der Milz, von Pankreas, von Nierenerkrankungen, Prozessen an den Rippen, Pleuraempyemen und von unsicheren Ausgangspunkten herrühren. Zum Schlusse sind ferner die Krankengeschichten, nach dem Ausgangspunkt geordnet, in übersichtlicher Weise zusammengestellt.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

4) **V. Pauchet.** Du jeûne prolongé comme préparation à la cure radicale des grosses hernies chez les obèses.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 54.)

Den unverkennbar schlechten Einfluß, den Fettleibigkeit auf den Erfolg der Operation von Hernien hat, sucht P. dadurch zu paralysieren, daß er Fettleibige vor der Operation lange hungern läßt.

Er verlangt eine Gewichtsabnahme von 20 kg. Einer seiner Pat. hat 85 Tage nur von Limonade, Salat und Äpfeln gelebt.

Es soll auf diesem Wege nicht nur eine Verdünnung der Bauchdecken, sondern auch eine Verminderung des Bauchinhaltes erreicht werden, ferner eine erhöhte Widerstandsfähigkeit überhaupt.

Bisher ist P. mit seinem Verfahren (bei 3 Fällen) sehr zufrieden.

V. E. Mertens (Breslau).

---

5) **Cavazzani.** Un nuovo metodo di cura dell' ernia crurale.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1903. Nr. 53. — Osservazione medico-chirurgica. Sed. del 6 aprile 1903.)

C. hat an der Leiche die Möglichkeit studiert, das Foramen obturatorium für die Nähte bei der Radikaloperation der Schenkelhernien zu benutzen. Ohne Verletzung der Gefäße und des Nervus obturatorius ließ sich mit einer passend gekrümmten Cooper'schen Nadel ein Seidenfaden am hinteren Rand der vom Ligamentum Pouparti gebildeten Nische unter dem horizontalen Schambeinast durchführen, der am Scarpa'schen Dreieck herauskam. Durch einen Zug am Faden wurde das Ligament nach unten und hinten gezogen und verschloß die Bruchpforte.

Dreyer (Köln).

---

6) **Brehm.** Über die Mesenterialschrumpfung und ihre Beziehungen zum Volvulus der Flexura sigmoidea.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 1.)

Unter Mesenterialschrumpfung versteht man einen chronisch verlaufenden Prozeß am Bauchfell des Gekröses, welcher unter Narbenbildung heilt und durch Schrumpfung dieser Narben eine Verkleinerung und Retraktion des ganzen Mesenteriums in der Querachse bedingt. Es steht dahin, ob es sich immer um entzündliche Prozesse oder um regressive Altersvorgänge handelt. Der Prozeß betrifft am häufigsten die Flexura sigmoidea, und hier sind die Veränderungen namentlich an der Radix mesenterii am bedeutendsten, wodurch die Fußpunkte der beiden Schenkel einander genähert werden. Diesen Befund trifft man hauptsächlich beim Volvulus. In einer zweiten Reihe von Fällen erreicht die Schrumpfung so hohe Grade, daß die Flexurschenkel in ganzer Ausdehnung dicht aneinander gezogen und mit einander verlötet werden. Weitere Komplikationen ergeben sich dann noch aus Verlötungen mit der Umgebung, durch welche das S romanum verzerrt werden kann, so daß es gelegentlich zu gefährlichen Traktionsstenosen kommt.

Was die Ätiologie der Gekrösschrumpfung betrifft, so kommen in Betracht Prozesse, welche vom Darm aus auf das Gekröse übergehen, Erkrankungen des Wurmfortsatzes und die sog. falschen Divertikel, die durch Stauungen im Bauch entstehen und besonders von Graser näher beschrieben worden sind. Nach Riedel's Ansicht handelt es sich dagegen meist um primär im Mesenterium auf-

tretende Entzündungen. Koch und seine Schüler machen für die Ätiologie des Volvulus in erster Linie kongenitale und atavistische Einflüsse geltend, indem sie nachzuweisen suchen, daß ausschließlich besondere Typen der Flexur an Volvulus erkranken, ja daß es sogar angeborene Achsendrehungen gibt. Diese Theorie angeborener Bildungsanomalien sieht auch Verf. für sehr wertvoll an, indem er jene Varietäten als ein prädisponierendes Moment betrachtet, welches erklärt, warum eben doch nur ein Teil der durch Greisenalter oder habituelle Verstopfung zu Volvulus geneigten Menschen wirklich an diesem Leiden erkrankt.

Die Gekrösschrumpfung ist ein chronisches Leiden, das entsprechend seinen verschiedenen Intensitätsgraden eine ganze Reihenfolge von Symptomenbildern aufweist. Ein Teil der Kranken leidet nur an Verstopfung, andere haben direkte Anfälle von Darmverschluß, welche spontan oder auf hohe Eingießungen zurückgehen. Fälle von oft rezidivierendem, allmählich ernster werdendem Darmverschluß sind sehr schwer von dem Bilde eines hochsitzenden Mastdarmkrebses zu unterscheiden. Doch sind sie leicht durch hohe Einläufe zu beeinflussen. Die schlimmste Komplikation der Mesenterialschrumpfung sind zweifellose Achsendrehungen der Flexur, bei denen es relativ früh zur Nekrose der Schleimhaut kommt, weil die Ernährung des gedehnten Darmes durch das gefäßarme, narbig gegeschrumpfte Gekröse schon chronisch daniederliegt. Therapeutisch soll man bei dem durch Gekrösschrumpfung verursachten Volvulus, wenn möglich, die Laparotomie wegen des Schwächezustandes des Pat. vermeiden; nützen aber Einläufe nichts, so darf man auf der anderen Seite nicht viel Stunden darüber hingehen lassen, ehe man zum Eingriff schreitet. Die einfache Rückdrehung des Volvulus genügt nicht, da nach ihr häufig Rezidive auftreten. Eine Reihe von Chirurgen tritt für die Resektion der ganzen Flexur ein. A. v. Bergmann empfiehlt bei noch lebensfähiger Flexur die Anastomose zwischen Blinddarm und abführendem Flexurschenkel mittels Murphyknopf. Die Anastomose schaltet die Flexur einstweilen aus und beseitigt dauernd die aus der Stauung von Kot und Gasen resultierende Aufblähung und Spannung der Schlinge. Bei gutem Kräftezustand und fehlenden Komplikationen empfiehlt auch Verf. die Resektion. Roux's Methode der Fixation des Mesosigmoideum an die vordere Bauchwand ist nicht zuverlässig. Für das Intervall nach überstandenem Darmverschluß ist die Resektion das beste Verfahren für die Radikalheilung. Von 20 Fällen von Volvulus der Flexur, die A. v. Bergmann operierte, wurden nur 5 geheilt; freilich waren darunter viele von vornherein verlorene Pat. Bei 50% war die Flexur gangränos. E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

7) **W. Prutz.** Über die Enteroanastomose, speziell die Ileokolostomie, in der Behandlung der Verschlüsse und Verengerungen des Darmes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 1.)

Von den Eingriffen, welche für die Umgehung einer Verengerung oder Verlegung des Darmes in Betracht kommen, ist die Enteroanastomose und besonders die Ileokolostomie von großer Leistungsfähigkeit und ist deshalb von v. Eiselsberg stets gegenüber den anderen in Betracht kommenden Eingriffen begünstigt worden. Unter den anatomischen Ursachen für die Stenosierung oder völlige Undurchgängigkeit des Darmes stand das Karzinom oben an mit 12 Fällen, ausschließlich Karzinomen des Dickdarmes. Ferner lag sechsmal Tuberkulose vor, und viermal handelte es sich um Strangulationen und Knickungen. Die Wahl der Methode des Eingriffes ist für völligen Verschluß dieselbe wie für Stenosen. Ob das Hindernis entfernt oder nur umgangen wird, ist von sekundärer Bedeutung, wenn nicht seine anatomische Beschaffenheit (Strangulation, Gangrän) zur Beseitigung zwingt. Wo der Sitz des Hindernisses eine Wahl läßt zwischen einer Anastomose im Bereich des Ileum und einer Ileokolostomie, ist letztere vorteilhafter, da sie eine raschere Entleerung des giftigen Darminhaltes begünstigt. Aus diesem Grunde wurde oft mehr Darm ausgeschaltet als zur bloßen Umgehung des Hindernisses notwendig gewesen wäre, so daß der Inhalt des unteren Ileum direkt in den mittleren oder auch unteren Teil des Colon übertreten konnte. Bei einer Reihe von Verschlüssen wurde zunächst die Enterotomie gemacht und dann die Anastomose sofort angeschlossen. Bei einigen Pat. mit Strangabschnürungen des Darmes, wurden die letzteren erst gelöst und dann nach Übernähung der brandigen Schnürfurchen noch eine Enteroanostomose zur Entlastung und Sicherung der bedrohten Stellen ausgeführt.

Für Fälle, in denen die motorische Kraft des Darmes sehr gelitten hat, ist in erster Linie die Enterotomie zu empfehlen; ungünstige Folgen der zum Teil recht umfangreichen partiellen Ausschaltungen wurden bei den länger verfolgten Fällen nicht bemerkt. Natürlich trat manchmal eine mangelhafte Eindickung des Kotes ein; dies bedingt aber keineswegs eine Schädigung der Ernährung. Anastomosen zwischen oberem Jejunum und Colon sind im Prinzip unzulässig, doch mußte davon einmal bewußt abgewichen werden, ein anderes Mal geschah es, weil die Orientierung nicht gelang. Was die Dauererfolge der seitlichen Anastomose bei Verengerungen gefährdet, das ist der Umstand, daß noch Darminhalt durch die unvollkommen ausgeschaltete Stenose hindurchtreten kann und wieder zu vorübergehenden Beschwerden Anlaß zu geben vermag. Bei geschwürigen Prozessen (Tuberkulose) käme daneben der Abfluß von Zerfallsprodukten in den abführenden Darm in Betracht. Die Wahl zwischen Enteroanastomose und Kunstafter wird sich wesentlich

nach dem Allgemeinzustande des Kranken richten; bei Darmverschluß durch inoperable bösartige Geschwülste ist die Anastomose nach Möglichkeit vorzuziehen. Bei Stenosen, die durch Ver-änderungen der Darmwand selbst bedingt sind, ist der Erfolg der seitlichen Anastomose unsicher, ohne daß mit Bestimmtheit erkannt oder gar vorausgesehen werden könnte, warum sie in gewissen Fällen versagt, in anderen, scheinbar gleichartigen, völlig ausreicht. Bei inoperablen bösartigen Geschwülsten wäre hier die seitliche Einpflanzung des zuführenden Darmes in den abführenden vorzuziehen, bei gutartigen Verengerungen die totale Darmausschaltung, soweit sie in Rücksicht auf den Kräftezustand zulässig scheint.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

8) **J. Sternberg.** Über die Behandlung der Mastdarmfisteln.

(Zentralblatt für die ges. Therapie 1903. Hft. 3 u. 4.)

Verf. empfiehlt die Exstirpation der Fisteln mit primärer Naht der Wunde, wie sie zuerst von Jenks und Smith, dann von Lange geübt ist. Gersuny bedient sich dieser, sonst in Deutschland nur von wenigen ausgeführten Operation schon seit längerer Zeit, und zwar in allen Fällen, gerade auch den komplizierten. Wichtig dabei ist zunächst die Orientierung. Zur Sondierung empfiehlt sich eine sehr dünne, gut biegsame Knopfsonde aus Feinsilber, die ein wenig plattgeschlagen ist, um Halten und Führung zu erleichtern. Die Allgemeinnarkose ist schon dazu meist erforderlich; lokale Anästhesie ist nicht zu empfehlen.

Die Grundlage des Verfahrens bildet die vollständige Entfernung aller Fistelgänge und Narbenzüge, so daß eine Wundfläche im gesunden Gewebe vorliegt. Die geglätteten Wände werden durch Nähte, die die Wundhöhle umgreifen, in allseitige Berührung gebracht; Etagennähte sind zu vermeiden. Näheres über technische Einzelheiten soll andernorts mitgeteilt werden. Der erste Stuhlgang soll in den ersten vier Tagen erfolgen, solange die Nähte noch fest sitzen. Entfernung der Nähte am Ende der zweiten Woche.

Der Vorteil dieser Operation gegenüber einer solchen ohne Naht und Heilung durch Granulation besteht in der Erhaltung der Schließmuskelfunktion und der Abkürzung der Behandlungsdauer. Eiter- und Schleimabsonderung hören bald auf.

Von 105 im Rudolfinerhaus so operierten Fällen, unter denen eine Anzahl komplizierter war, konnten 82 als geheilt und vollständig kontinent entlassen werden. In ca. 20 Fällen ist die primäre Vereinigung nicht gelungen, insofern sich wieder Fistelbildung einstellte. Diese heilten dann nach Spaltung der Brücke in kurzer Zeit durch offene Granulation. Einige Fälle blieben aber auch ungeheilt.

E. Moser (Zittau).

---

9) O. Witzel. Indikation der operativen Eingriffe beim Rektumkarzinom.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 10.)

10) Fr. Wenzel. Wie läßt sich die Rektumexstirpation zu einer aseptischen und unblutigen Operation gestalten? (Aus der chirurg. Abteil. des St. Marienhospitals in Bonn. Leiter: Prof. Witzel.)

(Ibid. Nr. 10.)

Witzel ist im Laufe der Jahre dazu gekommen, die Resektion des Mastdarmes bei Krebs wegen der primären großen Gefahr der Phlegmone, wegen der sekundären ungemeinen Belästigung durch die Fistelbildung und der selbst bei wirklichem Gelingen der primären oder sekundären Naht entweder schlechten oder höchstens nur mäßigen Funktion der erhaltenen Sphinkterpartie ganz zu verwerfen. Seine Erfahrungen haben ihm gezeigt, daß es nur durch Verzicht auf die Erhaltung des natürlichen Afters gelingt, die Operation zu einer vollkommen aseptischen zu gestalten und somit, bei zugleich guter Sicherung gegen nennenswerten Blutverlust, den Ausgang wirklich zu beherrschen. Wie streng W. die Fälle auswählt, die ihm zur Entfernung des Mastdarmkarzinoms durch die von ihm allein für zulässig gehaltene hohe Amputation geeignet erscheinen, zeigt die Tatsache, daß er von den ihm zugewiesenen Kranken nur höchstens 20% dieser Radikaloperation unterworfen hat. Dies waren die Fälle, in denen das primäre Karzinom die Fascia propria recti nicht überschritten hatte, also weder Verwachsungen mit dem Kreuzbein, der Prostata und Blase, noch Metastasen in den Lymphdrüsen des Mesorektum und Mesoromanum, in der Leber etc. bestanden. Zu dieser Feststellung wurde die Untersuchung, unter Zuhilfenahme der Cystoskopie, in sorgfältigster Weise ausgeführt. Nur in 3 Fällen war hierdurch nicht volle Klarheit über die Ausdehnung des Krebses erhalten worden, so daß die begonnene Operation schließlich wieder abgebrochen, bezw. daß zu einer anderen übergegangen werden mußte. Daß dies ohne Schaden für den Kranken möglich war, lag an der von W. gewählten Methode. Trotzdem hält Verf. es in Fällen, wo die Ausdehnung des Karzinoms nach oben hin diagnostische Zweifel läßt, für empfehlenswert, vorerst zu laparotomieren. In den für die Radikaloperation nicht geeigneten Fällen hat W. neuerdings mehrmals eine Kolostomosis sub sartario mit befriedigendem Erfolge ausgeführt.

Über Witzel's Verfahren bei der hohen Amputatio recti berichtet Wenzel eingehend, nachdem auch er die Gründe für den Verzicht auf die Erhaltung der Analportion, sowie die von anderen Chirurgen empfohlenen Methoden geschildert. Witzel's Operation setzt sich aus fünf Akten zusammen und verfolgt den Zweck, durch prinzipielle Verwerfung der Resektion die radikale Mastdarmexstirpation asep-

tisch aus- und durchzuführen und durch präliminare Unterbindung der durch stumpfes Vorgehen in einzelnen Stielen isolierten Gefäße, der Art. haemorrh. inf., media und super., den Blutverlust auf ein Minimum zu beschränken:

1) Exstirpation des Steißbeins und präsakrale Auslösung des Mastdarmes zwischen Fascia recti propria und Fascia pelvis parietalis hinten und z. T. seitlich — stets ohne Kreuzbeinresektion — unter Schonung der Art. haemorrh. media beiderseits.

2) Nach Vertiefung des ad 1) gemachten Schnittes in der Rhaphe posterior, der 1 cm oberhalb der durch Silberdrahtnähte verschlossenen Afteröffnung endete, bis auf die Rektalfascie und Mobilisierung der Pars ampullaris recti, Ablösung von Prostata, Samenblasen und der Harnblase, in welche ein elastischer Katheter eingeführt worden, und Eröffnung des Peritoneum — unter Blutstillung durch Kompressendruck. Finden sich Verwachsungen mit jenen Organen etc., so wird die Operation ganz abgebrochen, die bisher zu einer Schädigung der Vitalität des Mastdarmes noch nicht geführt, oder zu einer anderen übergegangen.

3) Auslösung der Analportion nach Unterbindung der beiderseits gestielten A. haemorrhoid. inf.

4) Ligatur der A. haemorrhoid. media und superior. und Auslösung des Mastdarmes bis zur Flexur.

5) Amputation des Mastdarmes mit Paquelin und Bildung des Anus glutaealis in der linken Gesäßseite, vier Querfinger breit von der Mittellinie entfernt, womöglich unter rechtwinkliger Knickung des Darmes beim Eintritt in die Muskulatur.

Von den nach dieser Methode operierten 17 Kranken ist keiner an Sepsis oder im Kollaps infolge von Blutung zugrunde gegangen.

Kramer (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

11) **M. Ferraton.** Deux observations de lésions traumatiques abdominales graves traitées par l'intervention sanglante suivie de guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1903. Nr. 3.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine Quetschung des Unterleibes infolge Verschüttung. Die bretthaarte Spannung der Bauchdecken, eine starke Druckempfindlichkeit und Dämpfung in der rechten Darmbeingrube, Ansteigen von Temperatur und Puls veranlaßten, daß fünf Stunden nach der Verletzung unter lokaler Cocainanästhesie die Laparotomie ausgeführt wurde. Ein Teil des durch Kotmassen beschmutzten Netzes wurde reseziert, drei am Dünndarm vorgefundene Perforationen genäht. Nach Reinigung der Bauchhöhle mit trocknen Kompressen wurde die Bauchwunde bis auf eine für das Drain bestimmte Öffnung geschlossen. Günstiger Verlauf, völlige Heilung.

Im zweiten Falle hatte ein Mann einen Messerstich in die linke Seite erhalten, welcher die achte Rippe durchschnitt und unter der Lunge durch die Pleurahöhle in das Zwerchfell eingedrungen war. Ein Teil des vorgefallenen und in der äußeren Wunde tamponierend liegenden Netzes wurde reseziert und durch die

Zwerchfellöffnung in die Bauchhöhle reponiert, darauf, nachdem man sich überzeugt hatte, daß die unter dem Zwerchfell gelegenen Baucheingeweide (Magen und Milz) nicht verletzt waren, die Wunde des Zwerchfells vernäht. Die äußere Wunde wurde zum Teil durch einen Gazestreifen drainiert. Ein geringer Pneumothorax, der sich während der Operation, trotzdem der obere Pleuraraum durch Gazekompressen abtamponiert war, gebildet hatte, ging schnell zurück. Es trat völlige Genesung ein. F. weist darauf hin, daß man die Soldaten belehren müsse, niemals ihren Kameraden, die eine Verletzung des Unterleibes erlitten haben, zur Stärkung Flüssigkeiten (Wein etc.) zu verabreichen, da beim Vorhandensein von Magen- oder Darmperforationen diese Flüssigkeiten in die Bauchhöhle fließen können. **Herhold** (Altona).

12) **Lücke.** Peritonitis tuberculosa traumatica mit Ileus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 18.)

Ein 12jähriger Schüler fällt beim Schlittschuhlaufen auf den Rücken und sein Genosse, stolpernd, ihm quer über den Leib. Sofort empfindet der Verunglückte starke Leibschmerzen und erkrankt ganz akut unter den Zeichen eines schweren Unterleibsleidens, unter denen Ileuserscheinungen besonders hervortretend sind. Die 15 Tage nach dem Unfalle an dem schon stark heruntergekommenen Pat. vorgenommene Laparotomie enthüllt eine diffuse tuberkulöse Peritonitis. Die Sektion ergibt daneben eine Skrofulose mit käsiger Entartung besonders der mesenterialen und mediastinalen Lymphdrüsen und geringe Reste einer älteren peritonealen Reizung in Form von fibrösen Verwachsungen.

Verf. nimmt mit Sicherheit an, daß das Trauma die Ursache der Infektion der Bauchhöhle mit den in den verkästen Mesenterialdrüsen lagernden virulenten Tuberkelbazillen abgab, unter Hinweis darauf, daß der Zustand des Bauchfells bei der Operation ziemlich genau mit den Angaben Baumgarten's übereinstimmte, welcher experimentell feststellte, daß am 11. Tage nach der Invasion schon deutliche Entzündungserscheinungen vorhanden sind, und am 12. Tage bereits völlig ausgebildete Tuberkel. **Langemak** (Rostock).

13) **A. Federmann.** Über Ileus nach Perityphlitis.

(Orth-Festschrift. Berlin, **August Hirschwald,** 1903.)

Mitteilung von vier Ileusfällen nach Appendicitisoperationen aus dem Krankenhaus Moabit (davon drei abszedierende). Einer der Pat. starb, nachdem er drei Tage lang Ileuserscheinungen gehabt hatte, der zweite wurde am sechsten Tage nach Einsetzen der Ileussymptome operiert, starb bald darauf, der dritte wurde durch die am dritten Tage vorgenommene Operation gerettet, der vierte genas infolge Spontanperforation des Blinddarmes durch die Nahtstelle. Im ersten Falle ergab die Sektion als Hindernis einen Bluterguß im kleinen Becken, der durch Verklebungen zur Kompression von Dünndarmschlingen geführt hatte. In den beiden operierten Fällen handelte es sich um Strangbildungen und Verwachsungen, die durchtrennt werden mußten.

Der Leukocytenzählung, besonders der von Tag zu Tag regelmäßig fortgesetzten, ist für die Differentialdiagnose zwischen Peritonitis und Ileus, wie die mitgeteilten Beobachtungen zeigen, ein großer Wert zuzusprechen.

E. Moser (Zittau).

14) **M. Fix.** Note sur quatre cas de perforations intestinales survenues au cours de la fièvre typhoide, traitées par la laparotomie et la suture de l'intestin.

(Arch. de méd. et de pharm. milit. 1903. Nr. 3.)

Verf. berechnet, daß sich 3—6% aller Typhen mit Bauchfellentzündung komplizieren, und daß dieser Komplikation 20% Todesfälle zur Last fallen. Da fast alle diese Bauchfellentzündungen durch perforierte oder nahe am Durchbruch befindliche Darmgeschwüre bedingt sind, hält er die Laparotomie hierbei für eine ebenso

dringliche Operation wie den Luftröhrenschnitt bei Diphtherie. Er konnte selbst vier Fälle beobachten, in welchen die Laparotomie aus dem angeführten Grunde bei Typhus ausgeführt wurde; drei Fälle genasen, einer endigte letal. Die Operationen wurden in der Zeit von acht Tagen bis drei Wochen nach der Aufnahme der Kranken ins Hospital notwendig; sie bestanden in Tabaksbeutelnaht der Perforationsöffnung mit darüber gelegter überwendlicher Naht. Die Symptome, welche diese Art der Bauchfellentzündung zeigten, bestanden in heftigen Leibschmerzen, Verfallen der Gesichtszüge, Steigerung der Temperatur und der Pulszahl, Erbrechen grüner Massen und Abkühlung der unteren Gliedmaßen. Die Operation soll sobald als möglich ausgeführt werden, da die bald eintretenden Verwachsungen später das Auffinden der hauptsächlich am Endteil des Ileums gelegenen Darmperforationen oder der nahe am Durchbruch befindlichen Geschwüre erschweren. In allen Fällen wurde Kochsalzlösung subkutan injiziert und in die Bauchhöhle gegossen; sehr großer Wert wird auf sorgfältige Nachbehandlung gelegt. Zur Narkose wurde dem Äther vor dem Chloroform der Vorzug gegeben. Wurde befürchtet, daß die angelegten Darmnähte ihren Verschluß nicht hielten, so wurde das Mesenterium der betreffenden Darmschlinge, ohne eine Knickung hervorzurufen, mit einigen Nähten an dem unteren Teil des großen Netzes fixiert.

Herhold (Altona).

15) **M. M. Krjnkow.** Zur Lehre von den femoralen Blasenbrüchen.

(Russ. chir. Archiv 1903. Hft. 1.)

In der Literatur fand K. 31 Fälle von Cystocele femoralis paraperitonealis, 11 Fälle von Cystocele extraperitonealis, 1 Cystocele intraperitonealis, 1 Cystocele artificialis (c. opératoire), endlich 2 Fälle ungenau beschrieben. K. selbst sah einen Fall von paraperitonealem Blasenbruch: Eine 86 Jahre alte Frau wurde wegen linksseitigen Schenkelbruchs, der seit 4 Tagen eingeklemmt war, operiert; beim Isolieren des Bruchsackes wurde medial von demselben ein zweiter Sack eröffnet, der leer war; der Finger geht hinter die Symphyse ein und trifft dort den eingeführten Katheter. Blase 5 cm weit fest mit dem Bruchsacke verwachsen. Naht der Blase. Glatte Heilung. — 7mal wurde die Diagnose vor der Operation gestellt, 31mal während derselben, 9mal nachher. Von den 47 Pat. wurden 46 operiert; davon starben 4, 2 infolge der Operation selbst. — Symptome: Der Bruch ist meist irreponibel, wenigstens die Cystokele; oft gibt er dumpfen Schall, enthält selten Flüssigkeit; in $^1/_4$ der Fälle sind Blasensymptome vorhanden, die während der Inkarzeration intensiver werden. Der eingeführte Katheter weicht nach der Seite des Bruchsackes ab; Eingießung von Wasser in die Blase ruft zuweilen Vergrößerung des Bruches hervor. Bei der Operation findet man die Blase mehr oder weniger mit Fett bedeckt, in der Hälfte der Fälle medial vom Bruchsacke, mit letzterem oft verwachsen; in diesen Fällen erscheint die mediale Bruchsackwand abnorm dick, und kann man das Reiben der Blasenwände fühlen. — Bei den 46 Operationen blieb die Blase 15mal unverletzt; 21mal wurde sie angeschnitten, was während der Operation bemerkt wurde; in 3 Fällen wurde die Blasenwand reseziert, in 18 Fällen die Wunde genäht; 3mal entstand eine Blasenfistel. 9mal bemerkte man die Verwundung der Blase erst nach der Operation; 7 Fisteln danach. Endlich fand man 1mal die Verwundung der Blase erst bei der Sektion. Im ganzen wurde also die Blase 31mal (67%) verletzt.

Gückel (Kondal, Saratow).

16) **Kapsammer.** Intravesikale Entfernung von Bassininähten.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 9. Januar 1903.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 3.)

In zwei Fällen, in denen im Anschluß an die Bassini'sche Radikaloperation sich Blasenbeschwerden eingestellt hatten mit ziemlich starker Cystitis, wurden mit dem Nitze'schen Operationscystoskop 1 resp. 3 Seidennähte aus der Blase entfernt. Bei beiden war nach Lage der Dinge sicher die Blase mit in die Naht

gefaßt gewesen; daher gibt K. den Rat, konsequent vor der Operation die Blase zu entleeren. Beide Pat. genasen vollständig.

In der Diskussion teilt Rosanes einen Fall von Steinbildung mit, der an einem Seidenfaden sich angebildet hatte. Bei dem Versuch, den Stein nach Sectio alta aus der Blase zu entfernen, bemerkte man, daß er mit einem Faden an die Blasenwand befestigt war. Pat. hatte vor zwei Jahren eine Operation nach Bassini durchgemacht und im Anschluß an die Operation zwei Tage blutigen Urin gehabt. **Hübener** (Dresden).

17) **Schopf.** Hernia obturatoria tubae et ovarii sinistra.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 8.)

Der Fall betrifft eine 68jährige Frau, die seit drei Jahren an Beschwerden leidet, die mit der Hernie und ihrem Inhalt in Beziehung zu bringen sind. Früher nie Stuhlverstopfung, jetzt seit vier Tagen. Laparotomie. Eine Ileumschlinge ist zwischen Bauchwand und die durch den Canalis obturatorius vorgelagerte und dadurch einen stramm gespannten Strang bildende Tube eingeklemmt, läßt sich aber durch leichten Zug befreien. Tube und der mit ihr ausgetretene Eierstock lassen sich durch Zug von innen nicht reponieren. Herniotomie im Scarpa'schen Dreieck, da der Bruchinhalt sich auch von hier aus nicht reponieren läßt. Resektion desselben. Naht. Tod im Kollaps. **Hübener** (Dresden).

18) **Dehio.** Ein Fall von Zwerchfellshernie.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1903. Nr. 11.)

Da bisher kaum mehr als zwölf Fälle von Zwerchfellhernien am Lebenden beobachtet worden sind, und nur in dreien derselben Untersuchungen mit Röntgenstrahlen angestellt sind, so beansprucht D.'s sehr sorgfältig beobachteter Fall gewiß Interesse.

Ein 61jähriger Feldarbeiter hatte schon zweimal schwere Anfälle innerer Einklemmung gehabt und kam mit einem dritten solchen Anfalle ins Krankenhaus. Die Einklemmungserscheinungen gingen vorüber; aber der durch Perkussion, Auskultation und Durchleuchtung aufgenommene Befund blieb im wesentlichen unverändert. Es ließ sich feststellen, daß mit größter Wahrscheinlichkeit die linke Hälfte des Colon transversum durch eine Öffnung in die linke Brusthöhle getreten war, die zwischen sternaler und kostaler Insertion an der linken Seite des Zwerchfells saß. **Haeckel** (Stettin).

19) **C. Alvarez.** Traitement de l'ulcère de l'estomac par une intervention sur les racines dorsales VIII et voisines.

(Méd. moderne 1903. Nr. 19.)

Bei einer Kranken, die seit 2 Jahren an typischen Beschwerden eines Magengeschwüres litt, operierte Verf. ein ulceriertes Lipom, das neben der Wirbelsäule in Höhe des 7.—9. Brustwirbels saß. Nach der Operation, die in Chloroformnarkose ausgeführt wurde, trat zunächst für einige Tage hämorrhagisches Erbrechen ein, das bald schwand. Auffallenderweise schwanden indes auch die Schmerzen, und Pat. war bald imstande, alle Nahrung ohne jede Beschwerde zu sich zu nehmen, so daß dieselbe seit nunmehr 5 Jahren von ihrem Magengeschwür geheilt ist.

Diese Tatsache brachte Verf. auf den Gedanken, bei einem Magengeschwür beiderseits den 8. Interkostalnerven zu durchschneiden, in der Annahme, daß derselbe bei der Operation des ziemlich tiefgehenden Lipoms durchschnitten, und daß hierdurch das Geschwür günstig beeinflußt wäre.

Er legte die Nerven frei, indem er einen elliptischen Hautlappen bildete von 10 cm Länge, dessen Basis in Höhe des 7. Brustwirbels lag. Der Erfolg war zunächst der erwünschte. Schmerzen, Erbrechen hörten auf. Pat. vertrug alle Nahrung. Nach 6 Monaten traten die alten Beschwerden wieder ein. Dies glaubt

Verf. dadurch erklären zu müssen, daß er den Nerven nur durchschnitt, nicht resezierte, und daß deshalb eine Regeneration eintrat.

Verf. ist sich selbst klar, daß er eine genügende Erklärung dieses Erfolges der Operation nicht geben kann, und daß weitere Operationen denselben erst bestätigen müßten. **Coste** (Straßburg i/E.).

20) G. Kelling. Ein Fall von Magenkarzinom mit erfolgreich operierter Fistula gastrocolica und zwei später spontan entstandenen Gastroenterostomien nach Hacker'schem Typus.

(Archiv für Verdauungskrankheiten mit Einschluß der Stoffwechselpathologie und der Diätetik Bd. IX.)

Ein 27jähriger Mann bot, nachdem er etwa $2^1/_2$ Jahre krank war, die Erscheinungen eines Magengeschwürs und einer Magen-Dickdarmfistel mit Übertritt von Darminhalt in den Magen, nicht aber von Mageninhalt in den Darm. Bei der Operation fand sich eine harte Geschwulst an der Flexura lienalis mit der hinteren Magenwand hoch im Fundus fest verwachsen. Exstirpation der Geschwulst unmöglich, daher totale Ausschaltung des sie enthaltenden Dickdarmteiles; Quercolon mit Colon descendens circulär vernäht. Nach der Operation Zunahme des Körpergewichts um 12 Pfund. Wegen Wiederholung von Beschwerden nach etwa einem Jahre nochmalige Laparotomie in der Absicht, falls eine Tuberkulose vorliege, den Magen für eine lokale Behandlung aufzuschneiden und freizulegen, das Duodenum für die Dauer der Behandlung zu verschließen und Pat. durch eine Jejunumfistel zu ernähren. Da sich die Geschwulst als Karzinom herausstellte, wurde von einem radikalen Vorgehen abgesehen. Nach $^3/_4$ Jahren Tod an Entkräftung.

Behandlung mit Malariaimpfung und Cancroin Adamkiewicz war ohne jeden Erfolg. Bei der Sektion fanden sich die beiden Magen-Dünndarmfisteln, vom Magen aus betrachtet, ziemlich im Zentrum des krebsigen Geschwürs, außerdem noch weitere Verwachsungen des Karzinoms und Lebermetastasen.

Das Zustandekommen der Magen-Dünndarmfisteln ist wahrscheinlich durch die Tamponade gelegentlich der ersten Operation begünstigt worden. Die totale Colonausschaltung ist zu empfehlen, wenn die Kommunikation zwischen Magen und Colon genügend groß ist, so daß sich der Schlingeninhalt in den Magen entleeren kann. Eine Anverdauung der Darmschlinge ist nicht zu befürchten, wenn die Gefäßversorgung geschont wird, wie Tierversuche und eine kleine Kasuistik beweisen. **E. Moser** (Zittau).

21) J. Dollinger. Die operative Technik der Gastroenterostomie und der Jejunostomie, sowie die mit Hilfe derselben bei verschiedenen Magenleiden erreichten Resultate.

(Vortrag des Budapester kgl. Ärztevereins vom 29. November 1902.)
(Orvosi Hetilap 1902. Nr. 49.)

D. operierte an der Klinik der kgl. ungarischen Universität in Budapest während der letzten fünf Jahre in 20 Fällen wegen gutartiger Magenleiden, größtenteils narbiger Pylorusstenosen. In sämtlichen Fällen führte D. Gastroenterostomia antecolica antica aus, bereitete eine 6—8 cm lange Kommunikationsöffnung und vereinigte mittels Seide und fortlaufender Naht. Pat. sind alle geheilt, während die Mortalitätsziffer anderer Chirurgen bei gutartigen Pylorusstenosen zwischen 8—20 % schwankt. Ileus oder Circulus vitiosus wurde in keinem Falle beobachtet. D. kommt daher zu dem Schluß, daß die Gastroenterostomia antecolica antica an Einfachheit und Sicherheit alle übrigen Methoden übertrifft, und daß bei aufmerksamem und exaktem operativen Vorgehen besondere Vorkehrungen gegen den Circulus vitiosus nicht notwendig sind, da letzterer immer die Folge eines Kunstfehlers ist.

Aus der Reihe der Indikationen der Gastroenterostomie läßt D. das Pyloruskarzinom weg. Hier ist die Mortalität selbst bei jenen Chirurgen, welche die

günstigste Statistik aufweisen, eine sehr hohe. Der Zweck der Operation wäre, das Leben des Pat. um einige Monate zu verlängern; dieses Ziel erreicht sie in einer großen Anzahl der Fälle nicht, da laut statistischen Ausweisen eine ungemein große Anzahl der Pat. an den unmittelbaren Folgen der Operation zugrunde geht. Und folglich — so angenehm es auch für die Pat. wäre, wenn sie sich mit Hilfe der Gastroenterostomie für den rückständigen Teil ihres Lebens per os ernähren könnten —, so drängt die große Mortalitätsziffer D. doch immer mehr und mehr zur Jejunostomie.

Maydl's Jejunostomie ist für diese sehr geschwächten Pat. noch immer eine zu große Operation. Der Zweck der großen Öffnung im Jejunum wäre nach Maydl der, daß man auf diese Weise dem Pat. auch kompaktere Nahrung, wie z. B. Klümpchen zerhackten Fleisches etc. beibringen könnte. Die Ausführung dieses Planes stößt jedoch auf mannigfache Hindernisse, und das herausfließende Sekret verursacht Ekzeme.

Auch die Albert'sche Jejunostomie ist noch eine viel zu große Operation.

D. bereitet in der Höhe des Nabels, am lateralen Rande des Mm. rectus, eine kleine, etwa 5 cm lange Öffnung in der Bauchwand, näht die dem Gekrösansatze gegenüber liegende Wand einer Jejunumschlinge in der Größe einer Mandel an das Bauchfell, schließt den übrigen Teil der Wunde, öffnet nach drei Tagen das Jejunum in der Länge von etwa 3 mm, legt eine ganz dünne Drainröhre in den Darm und ernährt den Pat. von nun an mit verschiedenen flüssigen Nährstoffen. Die Operation kann unter Lokalanästhesie, event. im Anschluß an die Probelaparotomie ausgeführt werden. **Gergö** (Budapest).

22) H. Hültl. Darmstenose verursachender Darmstein.

(Ungar. med. Presse 1902. Nr. 28.)

In der chirurgischen Sektion des Ofen-Pester Ärztevereins demonstriert H. eine 54jährige Frau, bei welcher eine schwere Verstopfung durch Entfernung eines »nußgroßen« Kotsteines aus dem Blinddarme beseitigt worden war. Bemerkenswert ist nun, daß dieser durch einen $1^{1}/_{2}$ cm langen, in den Wurmfortsatz sich erstreckenden Fortsatz fixiert war.

Leider ist über das Verhältnis dieses Stranges zum Wurmfortsatze und seine Zusammensetzung gar nichts gesagt. **Neugebauer** (Mährisch-Ostrau).

23) W. J. Rasumowski. Über die chirurgische Behandlung der Dünndarmstrikturen.

(Russ. Archiv f. Chirurgie Bd. XIX. Hft. 1. [Russisch.])

Zu den fünf wegen luetischer Dünndarmstriktur bisher operierten Fällen fügt R. einen eigenen sechsten.

Der $6^{3}/_{4}$jährige Pat. stammt aus luetischer Familie (Mutter und Geschwister — zum Teil mehrfach — antiluetisch behandelt). Er selbst wurde mit $1^{1}/_{2}$ Jahren wegen Sekundärsyphilis behandelt. Das jetzige Darmleiden begann ziemlich akut mit Leibschmerzen, Erbrechen und Verstopfung. Diese Symptome weist Pat. auch bei seiner Einlieferung auf. Der aufgetriebene Leib ist wenig druckempfindlich. Etwas unterhalb des Nabels und höher hinauf sind geblähte Darmschlingen zu sehen.

Operation: Es wird bald im Jejunum eine ringförmige Verengerung gefunden, welche »sich bei der Palpation als fest-elastisches Infiltrat darstellt, von der Breite eines Fingers, allen Schichten der Darmwand angehörend«. Der Darm oberhalb ist stark aufgetrieben. Sein Inhalt läßt sich nicht durch die Verengerung treiben. Es wird eine Enteroanastomose gemacht, wodurch das Wohlbefinden des Kindes mit einem Schlage hergestellt wird.

13 Monate später ist der Knabe gesund und kräftig.

R. hält die Resektion nur da für erlaubt, wo sie leicht auszuführen ist. Die allerkleinste Schwierigkeit ist ihm Indikation für die Enteroanastomose.

V. E. Mertens (Breslau).

24) **Moszkowicz.** Prolapsus intestini tenuis et flexurae sigmoideae per anum.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 4.)

Bei einer 68jährigen Frau, die mit Mastdarmvorfall behaftet war, kam durch einen Riß 5 cm oberhalb des Afters an der Vorderfläche des Mastdarmes ein Vorfall von Dünn- und Dickdarm zustande. Die Mesenterien des Dünndarmes und der Flexura sigmoidea waren auffallend lang. Die Einrißstelle im Mastdarm entsprach dem tiefsten Punkte des Vorfalles. An dem aus der Leiche herausgenommenen Präparat sah man noch einen Prolapsus vaginae mit Descensus portionis uteri. Aus der genaueren Besichtigung und Beschreibung des Präparates ergibt sich, daß die Schlaffheit und Länge der peritonealen Überzüge des Mastdarmes und der Tiefstand der Bauchfelltaschen als das Primäre anzusehen ist, das die Disposition zu der Entstehung des Prolapsus recti bedingt hat. Das entspricht auch den Anschauungen, welche die jüngsten Arbeiten, wie die von Ludloff, über die Ätiologie des Mastdarmvorfalls als die richtigen ergeben haben.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

25) **F. T. Brown** (New York). Morrison's operation for ascites due to Laennec's cirrhosis.

(Annals of surgery 1902. August.)

Verf. berichtet über einen Fall von Lebercirrhose mit hochgradigem Ascites, bei dem er mit gutem Erfolge die Talma'sche Operation mit der Modifikation nach Morrison ausgeführt hat.

Er machte eine größere Längsinzision oberhalb des Nabels, von der aus er das Netz mit dem Peritoneum parietale vernähte und durch Reiben mit Tupfern die Oberfläche der Leber und der Milz, sowie das gegenüberliegende Peritoneum parietale zur Bildung von Verwachsungen anregte. Durch einen kleineren Schnitt oberhalb der Symphyse wurde eine starke Glasröhre in das kleine Becken eingeführt und mittels in die Glasröhre eingeführter Gazestreifen eine Kapillardrainage unterhalten. Die obere Wunde wurde vernäht und der ganze obere Teil des Bauches fest mit Heftpflasterstreifen komprimiert.

Die Drainage wurde fast 6 Wochen lang fortgesetzt, worauf die Wunde heilte. Pat. war noch $2^1/_2$ Jahre nach der Operation vollständig gesund und leistungsfähig, ein Erguß hatte sich nicht wieder gebildet.

Von 14 bis dahin in der Literatur beschriebenen operierten Fällen sind 7 geheilt resp. erheblich gebessert.

B. faßt seine Erfahrungen und die anderer Autoren dahin zusammen, daß

1) Die Anfangsstadien der Krankheit die besten Aussichten für die Operation bilden.

2) Je schneller sich der Ascites nach einer Punktion wieder einzustellen pflegt, desto länger dauernd soll die der Operation folgende Drainage sein.

3) Von größter Wichtigkeit bei der Operation sind folgende drei Dinge:

a. absolut aseptische Drainage der Bauchhöhle,

b. allgemeine Beobachtung der peinlichsten Asepsis bei der Operation,

c. lange fortgesetzte Kompression der oberen Bauchpartien durch Heftpflaster, welche die sich bildende Flüssigkeit stets zwingt, den einzigen Ausweg, nämlich die eingeführte Glasröhre, aufzusuchen.

Die einmal beobachtete abnorm starke Gefäßbildung in den Granulationen der unteren Bauchwunde erklärt B. so, daß in diesem Falle gerade die dort sich bildenden Adhäsionen die Bildung der Kollateralen für den Pfortaderkreislauf übernommen hatten.

Seefisch (Berlin).

Berichtigung. P. 695 Z. 11 v. u. lies »Hunden« statt Wunden.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 30. Sonnabend, den 25. Juli. 1903.

Über eine Schnittführung für Resektion der Appendix im anfallsfreien Stadium.

Von

Edwin Beer in New York City.

In neuerer Zeit, wo jedem Chirurgen die Zukunft seiner Pat. ebenso am Herzen liegt, wie das gegenwärtige Wohlbefinden, ist wohl jeder Versuch, die Widerstandsfähigkeit der operierten Bauchwand zu erhalten, zu berücksichtigen, und alle Winke in dieser Hinsicht begründet.

Um die Widerstandsfähigkeit der Bauchwand zu erhalten, mit anderen Worten, um Bauchwandhernien vorzubeugen, sind sehr viele Schnittführungen angegeben und erprobt worden, von denen eine der wichtigsten die von Lennander[1] angegebene ist, welche bei Laparotomien wegen Erkrankungen der Beckenorgane sehr häufig angewendet wird.

Mit Hinblick darauf, daß die Operationen bei Erkrankungen des Wurmfortsatzes im anfallsfreien Stadium jetzt immer häufiger und häufiger ausgeführt werden, dürfte wohl eine Operationsmethode, welche durch große Einfachheit bei relativ guter Erhaltung der Bauchdecken ausgezeichnet ist, Aufnahme finden, wenn sie auch sonst alle an sie zu stellenden Forderungen erfüllt.

Die folgende Methode ist eine Modifikation der von Gerster[2] angegebenen Schnittführung und hat auch sonst viel Gemeinsames mit dieser Methode. Der Operateur muß stets darauf ausgehen, die hintere Rektusscheide unversehrt zu lassen; um dieses zu erreichen, führt man einen Schnitt dicht über einer Linie, welche den Nabel mit der Mitte des Poupart'schen Bandes verbindet, beiläufig 1 bis 2 cm medial von dem Außenrande des rechten Musculus rectus abdominis. Der Schnitt soll so kurz als möglich sein — 3 bis 4 cm —, groß genug, um für den Finger und die Pinzette Raum zu bieten. Ist dann die vordere Rektusscheide an der Inzisionsstelle eröffnet, so wird der Musculus rectus leicht zur medialen Seite gedrängt und in dieser Stellung gehalten, wodurch die Linea semilunaris Douglasii sichtbar wird und die Arteria epigastrica inferior, die am Peritoneum liegt.

Nun kommt das Wesentliche meines ganzen Vorgehens; die kurze Inzisionsöffnung, die von sehr vielen amerikanischen Chirurgen gebraucht wird, hat erst sekundäre Bedeutung gegenüber der Erhaltung der hinteren Rektusscheide.

Man schneidet nämlich nun unterhalb der Linea semilunaris das Peritoneum ein, nach außen von der Art. epigastrica inf.; damit

[1] Zentralblatt für Chirurgie 1898.

[2] v. Esmarch-Kowalzig, Chirurgische Technik.

ist die Fossa iliaca so vollkommen, als es für die meisten Operationen im anfallsfreien Stadium notwendig ist, eröffnet. Stellt sich dann heraus, daß der Schnitt nach aufwärtszu zu wenig Spielraum gewährt, so kann man natürlich die hintere Rektusscheide einschneiden und nach der gebräuchlichen Operationsmethode operieren. Jedenfalls hat man nichts verloren, wenn man mit einer schmalen Inzision begonnen, sicherlich hingegen sehr viel gewonnen, wenn eine Verlängerung des Schnittes nicht notwendig ist.

Zum Schluß der Wunde sind sehr wenig Nähte erforderlich. Die Wundränder des Peritoneums sind leicht einander zu nähern und werden mit fortlaufender Katgutnaht geschlossen. Die vordere Rektusscheide wird mit Chromkatgut oder Seide genäht, die Haut mit Seide (1 oder 2 Nähte) oder einfach mit Heftpflaster[3] geschlossen.

Die angegebene Operationsmethode bietet folgende Vorteile:

Die Bauchwand wird nur in sehr geringem Grade geschädigt. Die Inzision der vorderen Rektusscheide ist vollkommen gedeckt, wenn man den unverletzten Musculus rectus wiederum in seine normale Lage gebracht hat; die hintere Rektusscheide ist überhaupt nicht eingeschnitten, so daß eine geringere Widerstandsfähigkeit dieser an jener Stelle überhaupt nicht geschaffen ist, welche gewöhnlich der Locus minoris resistentiae für beginnende Hernien ist. Überdies ist man auch nicht gezwungen, mehr oder weniger absorbierbare Nähte hinter dem Musculus rectus lassen zu müssen, wie es bei den jetzt gebräuchlichen Operationsmethoden oberhalb der Linea semilunaris der Fall ist, und man hat dadurch eine bessere Garantie für eine Heilung per primam intentionem.

---

1) **V. Cornil** et **L. Ranvier.** Manuel d'histologie pathologique. Tome II.

Paris, 1902.

Von der großen pathologischen Histologie von C. und R. liegt ein zweiter umfangreicher Band vor. In der Anordnung des Stoffes und der Ausstattung des Ganzen reiht sich dieser Band seinem Vorgänger würdig an. Über 200 größtenteils sehr instruktive Figuren erläutern den anregend geschriebenen Text; die schwarzen Figuren sind im ganzen besser gelungen, als die farbigen, die besonders bei den Krankheiten des Blutes und des Nervensystems zur Verwendung gekommen sind. Wieder hat die am Ende jeden Kapitels zusammengestellte Literatur eine ausgiebige Berücksichtigung erfahren, und namentlich sind auch die deutschen Spezialuntersuchungen sehr vollständig berücksichtigt.

Der Band beginnt mit der pathologischen Anatomie der Muskulatur, von G. Durante bearbeitet; über die Hälfte des Bandes wird von diesem Teil eingenommen. Nach einer kürzeren Einleitung

---

[3] Lilienthal, New York med. journ. 1901.

über die normale Histologie der quergestreiften Muskelfasern, wobei auch die Technik der Untersuchung zu ihrem Rechte kommt, folgt als erster Abschnitt dieses Kapitels die allgemeine pathologische Histologie der Muskelfaser. In dem zweiten Abschnitt werden die einzelnen Erkrankungsformen der Körpermuskulatur übersichtlich zusammengestellt, wobei unter anderem die Atrophien im Anschluß an Erkrankungen des zentralen Nervensystems und die Geschwülste eine ausführliche Besprechung erfahren. Eine derartige umfassende Bearbeitung der pathologischen Histologie der quergestreiften Muskulatur entspricht entschieden einem Bedürfnis, die Körpermuskulatur ist immer etwas ein Stiefkind der pathologischen Anatomie gewesen.

Es folgt die Bearbeitung der pathologischen Histologie des Blutes und Knochenmarks durch J. Jolly und H. Dominici. Beide Autoren haben sich schon früher in Spezialuntersuchungen mit dem Gegenstand beschäftigt und können sich vielfach auf eigene Beobachtungen stützen, was den Wert der Darstellung sehr erhöht.

Den Schluß dieses Bandes bildet der erste Teil der pathologischen Histologie des zentralen Nervensystems durch A. Gombault und Cl. Philippe. Bei diesem Kapitel ist eine genaue Kenntnis der normalen Verhältnisse eine besondere Vorbedingung, wobei noch mehr, als dies bei anderen Organen der Fall ist, die Technik eine maßgebende Rolle spielt. Dieser Voraussetzung ist weitgehend Rechnung getragen. Der Besprechung der normalen Histologie schließt sich dann ein Kapitel über die allgemeinen histologischen Veränderungen am zentralen Nervensystem an. Der spezielle Teil dieses Kapitels dürfte im nächsten Bande folgen.

F. Henke (Breslau).

---

2) **H. Stahr.** Zur Ätiologie epithelialer Geschwülste. I. Epithelperlen in den Zungenpapillen des Menschen. II. Eine experimentell erzeugte Geschwulst der Rattenvallata.

(Zentralblatt für allg. Path. u. path. Anat. Bd. XIV. 1903. Nr. 1.)

In dem ersten Teile seiner Arbeit berichtet Verf. über gelegentliches Vorkommen von Epithelperlen in den menschlichen Zungenpapillen.

Im zweiten Teile erzählt er, daß man bei Ratten an der Papilla vallata eine typische Geschwulst, ein Epithelioma papillare, erzeugen kann, indem man die Tiere ausschließlich mit Hafer füttert. Der andauernde Reiz dieser Kost, ausgehend von den pflanzlichen Haaren des Hafers, übt stets an dieser Stelle den beschriebenen Reiz aus; Kontrollversuche, unter sonst gleichen Bedingungen, zeigen, daß bei anderer, gemischter Kost die Geschwulstbildung ausbleibt.

Schmieden (Bonn).

---

3) **E. Ehrich.** Über glattwandige falsche Cysten in Geschwülsten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

An der Hand einer Reihe von Beobachtungen aus der Rostocker Klinik weist der Verf. darauf hin, daß in den Geschwülsten der verschiedensten Art nicht so selten Erweichungscysten vorkommen, welche die Merkmale dieser Cystenform vollständig vermissen lassen und ganz das Aussehen echter Cysten darbieten. Solche Cysten fanden sich bei einem Sarkom der weichen Hirnhäute, bei einer cystischen Nebennierengeschwulst, bei Ovarialsarkom und -Karzinom, bei Adenokarzinom der Brustdrüse, Endotheliom der Wange, Parotisgeschwulst und bei Sarkommetastasen in der Leber. In jedem der Fälle wird ein genauer mikroskopischer Befund gegeben, auf Grund dessen die Entstehung der Erweichungscysten eingehend erörtert wird.

Blauel (Tübingen).

---

4) **W. Müller.** Zur Technik der Operation größerer Hämangiome und Lymphangiome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. empfiehlt, größere Hämangiome und Lymphangiome durch stumpfe Auslösung zu entfernen. Diese Methode wird durch die vielen Angiomen eigene zarte Bindegewebskapsel ermöglicht. Zwischen dieser und dem gesunden Gewebe kann man mit kurzgefaßter Cooper'scher Schere in die Tiefe dringen, wobei nur ganz vereinzelte Unterbindungen nötig werden. Verf. hat 30 Fälle über walnußgroßer Hämangiome auf diese Weise radikal operiert, desgleichen eine Reihe größerer Lymphangiome. **Blauel** (Tübingen).

---

5) **O. J. Mayer** (San Francisco). Angiotripsy as a substitute for the ligature in routine work of general surgery.

(Annals of surgery 1902. August.)

Verf. hat sich bemüht, die seit den Veröffentlichungen von Doyen (1896), Tuffier, Thumim u. a. vorzugsweise von den Gynäkologen angewandte Blutstillung durch Angiothrypsie auch für die allgemeine Chirurgie anwendbar zu machen. Nach zahlreichen Tierversuchen ist es ihm gelungen, ein Verfahren zu finden, welches er in den meisten Fällen auch beim Menschen für anwendbar hält. Er komprimiert erst das Gefäß mit einer gewöhnlichen starken Gefäßklemme, deren Schnabel so mit Riefen versehen ist, daß die Erhabenheiten der einen Branche genau in die Vertiefungen der anderen passen, und drückt dann diese Klemme mit einem zweiten Instrument noch einmal fest zusammen. Die Preßzange ist 32 cm lang und ermöglicht so, einen sehr starken Druck (von 1000 Pfund) auszuüben. Das Maul der Zange ist so mit Vertiefungen versehen, daß der Schnabel der Gefäßklemme genau in sie hineinpaßt.

Der Effekt des ausgeübten Druckes ist nach M.'s Untersuchungen der, daß die Tunica intima und media ganz durchtrennt werden und sich einrollen, während die Adventitia erhalten bleibt und nur vollständig zusammengepreßt wird — ohne später nekrotisch zu werden.

Notwendig bei dem Gebrauch des Instrumentes ist nach M., daß die Gefäßklemme senkrecht zur Längsachse des Gefäßes angelegt wird, damit es keine schräge Durchtrennung der Intima und Media gibt.

M. hat bei Tieren (Hunden und Schafen) die Radialis, Brachialis, Tibialis postica, Femoralis und Äste der Aa. meseraicae so abgeklemmt, ohne je eine Nachblutung zu sehen, trotzdem die Wunden nicht per primam heilten und die Tiere bald umherliefen. Beim Menschen hat er sein Verfahren in folgenden Fällen angewandt: 4 Mammaamputationen mit Ausräumung der Achselhöhle, 1 Pirogoff, 2 Unterschenkelamputationen, 1 Strumektomie, bei Operationen behufs Entfernung von erkrankten Cervicaldrüsen und bei mehreren partiellen Fingeramputationen. Niemals hat er eine Nachblutung erlebt.

Als hauptsächliche Vorteile der Angiothrypsie nennt Verf.: 1) die Vermeidung von Ligaturen, die als Fremdkörper wirken, 2) die Vermeidung von heftigen sekundären Schmerzen, die bei Ligaturen durch das oft unvermeidliche Mitfassen von Nerven entstehen.

Das Abtupfen der Wunde nach Anwendung der Angiothrypsie soll nie in einem Abwischen bestehen, da dies leicht eine Nachblutung verursachen könnte.

Schließlich rät M. doch, z. B. bei hohen Oberschenkelamputationen, zur größeren Sicherheit die großen Gefäße nach Anwendung der Angiothrypsie noch mit einem — ganz dünnen — Faden zu unterbinden.

Seefisch (Berlin).

---

6) **R. du Bois-Reymond.** Spezielle Muskelphysiologie oder Bewegungslehre.

Berlin, **August Hirschwald,** 1903. 323 S. Mit 52 Abbild.

Das vorliegende, dem Meister der physiologischen Mechanik, Otto Fischer, gewidmete Buch bezweckt in kurzer Lehrbuchform die durch die epochemachenden Untersuchungen Fischer's veränderten Anschauungen über die spezielle Muskelphysiologie einem weiteren Leserkreise, besonders dem angehenden Orthopäden und Neurologen zugänglich zu machen. Es kam dem Verf. besonders dabei darauf an, die allgemeinen Grundlagen, von denen die Untersuchung auszugehen hat, der Anschauung näher zu bringen und durch Entwicklung allgemeiner Sätze dem Leser eine praktische Anleitung für den Einzelfall zu geben.

Nach einer kurzen Einleitung über Ziel und Nutzen der Bewegungslehre wird zunächst das Untersuchungsverfahren genau und

allgemeinverständlich dargestellt. Die Untersuchung der Gelenkformen und Gelenkbewegungen, die Art der Feststellung der einzelnen tätigen Muskeln, die Verteilung der Arbeit auf die einzelnen Muskeln, ferner die Untersuchung der Knochenstruktur und der Gelenkknorpel interessieren hier am meisten. Der dritte Abschnitt handelt von der inneren Architektur des Knochengerüstes, den Beziehungen der inneren Struktur zur Festigkeit und Funktion.

Die nächsten drei Abschnitte über Gelenklehre, Muskelmechanik und über Stehen und Gehen machen das Lehrbuch dem Orthopäden geradezu unentbehrlich. Bei der Gelenklehre werden im allgemeinen Teil die verschiedenen Formen der Gelenke genau besprochen und die Art ihrer Bewegung an instruktiven Modellen leicht verständlich gemacht. Der spezielle Teil bespricht die einzelnen Gelenke des Körpers. Die Untersuchung der Bewegungen der Wirbelsäule ist besonders lesenswert. Die Darstellung der speziellen Muskelmechanik findet sich sonst nur in dem ausführlichen Werke Duchenne's; die Funktion der einzelnen Muskeln und die kombinierte Bewegung ganzer Körperteile findet eine ausführliche Besprechung.

Ein ausführliches Literaturverzeichnis, auf welches im Text sehr häufig hingewiesen wird, beschließt das empfehlenswerte Werk.

Drehmann (Breslau).

---

7) **Sperling.** Zur Ätiologie der sog. intra-uterinen Frakturen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 1.)

Durch mikroskopische Untersuchungen und Röntgenbilder ist Verf. zu der Überzeugung gelangt, daß die »sog. intra-uterinen Frakturen«, wenn sie solitär und anscheinend verheilt zur Beobachtung kommen, keine Frakturen, d. h. verheilte Kontinuitätstrennungen bereits angelegter fötaler Knochen sind und auch nicht ein von außen wirkendes Trauma oder der Druck der Uteruswand diese kongenitale Deformität herbeiführt; daß sie vielmehr als Verbiegungen oder Knickungen des nicht differenzierten embryonalen Blastems aufgefaßt werden müssen und ihre Entstehung gleich anderen Deformitäten und Defekten dem direkten Einfluß amniotischer Verwachsungen zu verdanken haben. **Hartmann** (Kassel).

---

8) **Perrolini.** Sopra la pretesa influenza della tiroide sul decorso di guarigione delle fratture.

(Sperimentale 1903. Nr. 2.)

P. gibt hier die ausführlichen Protokolle seiner Kaninchenexperimente über den Einfluß der Schilddrüsenentfernung auf die Frakturheilung, über welche er bereits eine vorläufige Mitteilung in den Verhandlungen der Turiner Akademie gegeben hat (s. dieses Zentralblatt 1902 p. 275) und aus denen hervorgeht, daß die Verzögerung der Frakturheilung auf Rechnung der allgemeinen Ernährungsstörung

der Körpergewebe kommt und nicht auf einen spezifischen Einfluß auf den Knorpel.

E. **Pagenstecher** (Wiesbaden).

9) **A. Anzoletti.** Intorno al circolo arterioso nelle giunture e alle sue relazioni con le artropatie croniche.

(Arch. di ortopedia 1902. Nr. 5 u. 6.)

Die Ausführungen des Verf. bewegen sich auf rein theoretischen Bahnen ohne Beibringung klinischer Beweismittel.

Die Muskulatur beeinflußt die Circulation der Gelenkgefäße in doppelter Weise: einmal, indem bei ihrer Kontraktion Blut aus den Muskelgefäßen in Kollateralbahnen nach dem Gelenk abfließt; zweitens, indem Muskeln, welche an der Gelenkkapsel inserieren, bei ihrer Kontraktion diese anspannen und im Gelenk einen negativen Druck erzeugen, zu dessen Ausfüllung Blut in die Gefäße der Synovialis strömt. Dies gilt von Gelenken, welche von größeren Muskelmassen umhüllt werden. An den Gelenken, welche freiliegen, entwickelt sich dagegen das Rete articolare, dessen Konfiguration zu einer dauernden ungestörten Blutversorgung in Beziehung steht. Wenn bei Flexion die auf der Beugeseite liegende Arterie zusammengeknickt und dadurch oberhalb ein Widerstand, unterhalb herabgesetzter Blutdruck entsteht, so steigt letzterer auch in der oberhalb abgehenden Gelenkarterie, sinkt in der unteren. Da beide durch Anastomosen verbunden sind, entsteht in letzteren ein erhöhtes Gefälle, welches zu vermehrter Durchströmung mit Blut führt. So befördern die Bewegungen die Synovialisfunktionen, die Sekretion der Synovia etc. Ruhestellung führt zu Gelenkversteifungen.

Arteriosklerose kann zu chronischen Gelenkerkrankungen in ursächlichem Zusammenhang gebracht werden. Elastizitätsverlust in den größeren Arterien, Lichtungsverengerung in kleineren führt zu Beeinträchtigung jenes geschilderten Mechanismus, der die Blutversorgung der Gelenke befördert. Der Blutstrom ist verlangsamt und zugleich sparsamer. Bei Herzfehlern fehlt letzteres Moment, daher kommt es hier nur zu äußerlichen Anschwellungen, weniger zu direkten Nutritionsstörungen.

Eine weitere Funktion des Rete arteriosum des Gelenkkörpers ist die besonders für die nackten Gelenke wie Knie, Finger etc. wichtige Erhaltung der Wärmeökonomie.

E. **Pagenstecher** (Wiesbaden).

10) **Herz.** Über die Temperaturverhältnisse chronisch erkrankter Gelenke und gestauter Gliedmaßen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 20.)

Mit einem von ihm konstruierten, sehr empfindlichen Apparate hat Verf. vergleichende Temperaturmessungen vorgenommen und die Ergebnisse in folgende Schlußsätze zusammengefaßt:

1) Die Temperatur chronisch erkrankter Gelenke ist niedriger als in der Norm.

2) Eine leichteste venöse Stauung erwärmt die Extremität. Sie scheint neben der passiven auch eine aktive Hyperämie hervorzurufen.

3) Bei etwas stärkerer Kompression der Venen tritt zuerst eine Erwärmung, dann eine Abkühlung ein. Die Kompression der Arterie bewirkt eine sofortige Abkühlung.

4) Während der Stauung wird eine Extremität im Lichtbade mehr erwärmt, im kalten Wasser mehr abgekühlt als bei freier Circulation.

Langemak (Rostock).

---

11) P. Redard. Traité pratique de chirurgie orthopédique. Zweite Auflage.

Paris, **Octave Doin**, 1903. 1052 S. 775 Fig.

Die zweite bedeutend erweiterte Auflage des vor 10 Jahren in erster Auflage erschienenen Lehrbuches der Orthopädie des bekannten französischen orthopädischen Chirurgen liegt vor uns. Entsprechend dem bedeutenden Aufschwung, den die Orthopädie in diesen letzten 10 Jahren genommen hat, finden wir fast jedes Kapitel verändert. Die für die Diagnostik und Therapie so wichtige Entdeckung der Röntgenstrahlen ist gebührend berücksichtigt. Außerdem hat R. seine Erfahrungen mit der modernen Behandlung der angeborenen Hüftluxation, der Skoliose, Spondylitis, des Klumpfußes und der Deformitäten nervösen Ursprungs in dem Buche niedergelegt.

Nach einem Abriß der Geschichte der Orthopädie folgt eine ausführliche Beschreibung der allgemeinen Orthopädie. Hier ist die Sehnentransplantation zu den orthopädischen Operationen dazugekommen. Aus dem speziellen Teil ist zu erwähnen, daß Verf. ein eifriger Anhänger des forzierten Redressements der Skoliose in Narkose ist, wie er bereits in Publikationen und einer ausführlichen Monographie mitgeteilt hat. Beim Caput obstipum vermissen wir bei der Ätiologie die von v. Mikulicz und Kader aufgestellte Theorie und die Exstirpation des Kopfnickers des erstgenannten Autors. Die unblutige Einrenkung der angeborenen Hüftluxation wird eingehend dargestellt und durch eigene Beobachtungen illustriert.

Das Werk wird von einem 86 Seiten einnehmenden ausführlichen Literaturverzeichnis beschlossen.

Das Buch zeugt von der großen Erfahrung des Autors und wird auch dem deutschen Orthopäden besonders durch das Literaturverzeichnis und das nähere Eingehen auf die historische Entwicklung der Schienen und Bandagen eine willkommene Ergänzung der Bibliothek sein.

Drehmann (Breslau).

---

12) **Stoffel.** Einige Bemerkungen über das Brisement forcé und seine Nachbehandlung, insbesondere bei Ankylosen des Ellbogens, der Hand und der Finger.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 1.)

In dieser Arbeit redet Verf. dem Brisement forcé, das bei vielen Ärzten in argen Mißkredit gekommen war, das Wort. Er macht zunächst einen tiefgreifenden Unterschied in den Funktionen der Extremitäten. Während die unteren in erster Linie der Aufrechterhaltung und Fortbewegung des Körpers dienen und in dieser Funktion vom Rumpf belastet werden, hängen die oberen bei aufrechter Stellung des Menschen unbelastet am Rumpfe herab. Die Schwere hemmt demnach dort die Streckung, hier die Beugung. — Den Funktionen entsprechend muß sowohl bei Ankylose als auch bei Beweglichkeit, die ja häufig nicht vollkommen erreicht wird, die größte Rücksicht genommen werden. Denn Beweglichkeit unterhalb dieser günstigen Stellung ist meistens wertlos oder doch weniger wert als Ankylose in der günstigen Gelenkstellung. Da schon 24 bis 48 Stunden nach geschehenem Brisement die permanente Fixation aufgegeben werden muß, wenn man Aussichten für die Beweglichkeit haben will, so ist das einzige dem Verf. bekannte Mittel, mit dem sich nach einem Brisement forcé das Gelenk innerhalb der Grenzen, die man sich in Narkose geschaffen hat, schmerzlos oder doch in durchaus erträglicher Weise hin und her bewegen läßt, der Gummizug. Es ist nach den Erfahrungen des Verf. geradezu erstaunlich, wie man vermittels der Gummizüge ein Gelenk bewegen kann in einer Zeit, in der dies Bewegen auf dem gewöhnlichen Wege an der großen Schmerzhaftigkeit scheitert, und in der daher die Wiederversteifung ohne jenes Hilfsmittel fast unabwendbar ist. Die Apparate bestehen entweder aus einem leichten Hülsenschienenapparat oder aus dichten Filzplatten, die ein oder zwei Schienen aus Bandstahl tragen; die bewegende Kraft stellen mehr oder weniger kräftige Gummizüge dar, die die Bewegung der Glieder permanent erzwingen. Vier Abbildungen illustrieren die Beschreibung derartiger Apparate.

Hartmann (Kassel).

---

13) **Herzog.** Über Papiermaché-Verbände zu chirurgisch-orthopädischen Zwecken.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie.)

Da die Gipsverbände bei einer Reihe von Affektionen große Nachteile bieten, die namentlich in zu großer Schwere und Sprödigkeit und im Mangel an Elastizität bestehen, und andere Schienenapparate (Hessing) für das Gros der poliklinischen Pat. zu teuer sind, empfiehlt H. den Papiermachéverband. Dieser Verband wird in der Weise hergestellt, daß man verschiedene Lagen (3—6) von farbigem dickem Packpapier, das man einige Minuten vor der Benutzung auf beiden Seiten mit Kleister aus dickem Roggenmehl

überstrichen hat, genau auf das Gipsmodell als Unterlage auflegt, was durch festes Anstreichen erreicht wird. Wenn je eine Lage fertig ist, wird sie noch reichlich mit Kleister überstrichen; auch können nach Bedürfnis zwischen die einzelnen Lagen des Verbandes Schienen, Verstärkungsbänder etc. eingelegt werden. Nach 2—3 Tagen wird der Verband mit einem scharfen Messer (französischem Sattlermesser) aufgeschnitten und mit einfachen Überzügen und Schnürvorrichtungen garniert.

Hartmann (Kassel).

---

14) **Sudeck.** Die Darstellung der Wirbelsäulenerkrankung durch die Röntgenstrahlen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 2.)

Da wegen der unzulänglichen Lage der Wirbelsäule es äußerst schwierig ist, eine klare Vorstellung von vielen Erkrankungen und Verletzungen zu gewinnen, ist es mit Freuden zu begrüßen, wenn auf die Nützlichkeit der Röntgenuntersuchung und auf die dadurch zu erhoffenden Aufklärungen hingewiesen wird. Aber trotzdem das Bedürfnis einer diagnostischen Stütze durch die Röntgenuntersuchung gerade bei der Wirbelsäule recht fühlbar ist, besitzen wir immer noch wenig genaue und ausführliche Beschreibungen dessen, was wir als Resultat dieser Untersuchungen erwarten können. Der Grund hiervon liegt wohl darin, daß eine größere Angabe instruktiver Bilder nicht so leicht zusammenzustellen ist, und daß die Wirbelsäule trotz der mit jedem Jahre fortschreitenden Technik immer noch zu den recht schwierig darzustellenden Objekten gehört. Verf. hat es nun in dieser Arbeit unternommen, Wirbelsäulenskiagramme in systematischer Zusammenstellung zu bringen; und zwar handelte es sich neben einigen normalen Wirbelsäulenbildern 3mal um Kompressionsfrakturen im Gebiete der Lendenwirbelsäule, 7mal um Tuberkulose der Wirbelsäule, 3mal um ankylosierende Spondylitis, 2mal um Bruch des siebenten Halswirbels, 1mal um Bruch des Dornfortsatzes des fünften Lendenwirbels und 1mal um multiple myelogene Sarkomatose. Ein großer Teil der Bilder ist so geworden, daß auch der Ungeübte einen Begriff davon bekommen kann und die Abbildungen mit Vorteil wird studieren könnnen.

Hartmann (Kassel).

---

15) **Arnd.** Experimentelle Beiträge zur Lehre der Skoliose. Der Einfluß des Musculus erector trunci auf die Wirbelsäule des Kaninchens.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 1 u. 2.)

Im ersten Teile seiner Arbeit führt uns Verf. in übersichtlicher Weise ätiologische Angaben über Skoliosenbildung vor Augen, soweit diese Frage in der bereits sehr umfangreichen Literatur erörtert worden ist. Während in vielen Arbeiten von einer Verkürzung der Ligamente, einer Belastungstheorie, einer unbestimmten Plastizität

der Wirbel, einer Erblichkeit etc. die Rede war, neigt man jetzt immer mehr zu der Annahme, daß auch Muskelwirkungen bei der Entstehung der Skoliose eine große Rolle spielen. Einige wollen nun als Ursache zur Skoliosenbildung eine einseitige permanente, undehnbare Verkürzung der Streckmuskeln des Rückens ansprechen, andere, die große Mehrzahl, sehen in einer Schwächung und Insuffizienz der Muskulatur die Ursache zur Difformität. Aber wie sehr man sich Mühe gegeben hat, die Deviation der Wirbelsäule nach der einen oder anderen Seite zu erklären, so herrscht bis jetzt noch, was theoretische Erwägung und auch klinische Beobachtung anbetrifft, große Kontroverse. Selbst die Frage, nach welcher Seite eine Wirbelsäulendeviation stattfinden muß, wenn der eine oder andere Erector trunci seinen Dienst versagt, ist noch nicht mit genügender Sicherheit gelöst worden. Während man annehmen sollte, daß die Konvexität der Wirbelsäule auf der Seite der gelähmten Muskeln sich entwickle, findet man sie meistens auf der gesunden Seite.

Um einen weiteren Beitrag zur Forschung des Kausalnexus zu liefern, nahm Verf. im zweiten Teil seiner Abhandlung seine Zuflucht zum Tierexperiment, zumal da bisher der Einfluß bestimmter Muskelgruppen experimentell zu untersuchen ganz verschmäht war, und auch die Anatomie und Physiologie sich nicht sonderlich mit dieser Frage beschäftigt hatten. Die Anordnung seiner Versuche war folgende: Der Kaninchenrücken wurde mit Calcium hydrosulphuratum enthaart und das junge Tier einige Tage später mit 0,04 g Morphium in eine tiefe Narkose versetzt. In Narkose wurde in der Lendengegend ein Schnitt durch Haut und Fascie gemacht und ein Stück des Erector trunci entfernt. Die Exzision wurde entweder partiell durchgeführt oder sogar bis zur Freilegung der Niere unter Wegnahme der Sehnen der Bauchmuskulatur getrieben. Große Sorgfalt wurde hierbei auf exakte Blutstillung gelegt, damit nicht durch Narbenschrumpfung oder durch Druckwirkung infolge eines organisierten Hämatoms die Haltung der Wirbelsäule beeinflußt würde. Eine Fixation der Wirbelsäule, die anfangs äußerst beweglich blieb, trat erst später ein. In den ersten Wochen schien es immer, als ob der Defekt des Erektors auf der einen Seite ein Überwiegen der Aktion der anderen veranlaßte, da die Tiere beim Hüpfen und Springen eine laterale Deviation der Wirbelsäule mit der Konvexität nach der operierten Seite darboten. Später wurde jedoch aus der Konvexität eine Konkavität, eine regelrechte Skoliose zweiten oder dritten Grades. Die Sektionen bestätigten die Beobachtungen am lebenden Tiere, indem entsprechend der Exzision des Muskelstückes eine dem Schnitte entgegengesetzt konvexe dorsolumbare Skoliose mit leichter kompensatorischer lumbosakraler Krümmung sich präsentierte. Auch zeigten die einzelnen Wirbel je nach ihrem Sitze mehr oder weniger sichtbare wie meßbare Veränderungen, auf die im Referate nicht näher eingegangen werden kann.

Die Tierexperimente scheinen demnach zu beweisen, daß da, wo die Muskulatur überhaupt eine Rolle bei der Entstehung der Skoliose spielt, ihr Einfluß derartig ist, daß die Konvexität der Skoliose nach der Seite der kräftigeren Muskulatur hin gerichtet ist. Der Grund ist nach Ansicht des Verf. darin zu suchen, daß die Wirbelsäule, deren Gleichgewichtszustand durch den Ausfall des einen Erektors gestört ist, nur durch eine Überkorrektion ihrer Glieder in eine erträgliche Lage gebracht werden kann. Es übernimmt demnach für den verstümmelten Muskel, der seinen Zusammenhang verloren hat, der erhaltene die Rolle, die für die Statik des Tieres allein maßgebend ist. **Hartmann** (Kassel).

---

16) **Becker.** Die anatomische und klinische Grundlage des orthopädischen Korsetts.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 1.)

In einer höchst lesenswerten Arbeit, von dem anatomischen Aufbau der Wirbelsäule ausgehend, die 1) durch den auf dem oberen Ende frei balanzierenden Kopf belastet wird, 2) in ihrem mittleren Abschnitte den durch den Rippenreifen gebildeten Brustkorb trägt und 3) im Körper derartig liegt, daß sie nur von einer einzigen Seite, nämlich von hinten, den therapeutischen Maßnahmen zugänglich ist, stellt Verf. vier Indikationen für die Korsettbehandlung auf. Handelt es sich um eine geringfügige Erkrankung der unteren Lendenwirbelsäule, so genügt meistens schon eine bloße Fixation der Wirbelsäule, die dadurch erreicht wird, daß das Korsett sich gut auf den Darmbeinkamm stützt, der Form der Wirbelsäule genau angepaßt ist und nach oben hin bis unter die Achselhöhle reicht. Bei Affektion der Halswirbelsäule ist das Korsett mit einer Kopfstütze zu versehen. Soll eine Stützung und Entlastung der Wirbelsäule zur Geltung kommen, besteht das umgekehrte Verhältnis wie bei der Fixation. Hier ist die stützende Wirkung um so fester und sicherer, je höher die Affektion der Wirbelsäule sitzt, indem dann die schräg nach unten hin sich erstreckende, kompensierende Lordose, dem Gesetze der Schwere folgend, eine gute Unterstützung in dem ebenfalls schräg nach unten verlaufenden Korsett findet. Die Extension, die nur auf die ganze Wirbelsäule einwirken kann, muß die Wirbelsäule an ihren beiden Enden, am Becken und Kopf angreifen, was eigentlich nur bei der Hinterhaupt-Stirnstütze möglich ist (Wullstein). Eine mäßige Redression kommt in letzter Instanz entweder nur in Frage, um das durch forziertes Redressement erreichte Resultat durch geeigneten Verband zu erhalten oder um durch einen zweckmäßig redressierenden Druck eine Abflachung der Thoraxdeformität zu erzielen.

Klinisch ist bei den neurogenen Deformitäten (Paralyse, Tabes, Dystrophia musculorum progressiva) die Indikation, die Wirbelsäule zu stützen, eine so absolute, daß etwaige Folgen eines Stützapparates

gar nicht in Betracht kommen. Bei beginnender rachitischer Deformität wird man, falls aus Rücksicht auf die unteren Extremitäten keine Bettruhe erforderlich ist, die Kinder auf 1/4—1/2 Jahr in extendierende Rumpfverbände legen und während dieser Zeit die Hauptsorge auf kräftige Diät und frische Luft richten. Den Entzündungen der Wirbelsäule ist gemeinsam das Streben nach Fixation, welche in Kyphose erfolgt. In frischen Fällen der tuberkulösen Form dürfte das Lorenz'sche Reklinationsgipsbett äußerst empfehlenswert sein. Viel umstritten ist noch die Indikation bei der habituellen Deformität, da durch Fixation der Wirbelsäule das Muskelspiel aufgehoben wird. Während eine Skoliose leichten und mittleren Grades wohl durch tägliche Massage und Gymnastik beseitigt werden kann, ist ein Korsett erwünscht bei hochgradigem Rippenbuckel und bei der Gruppe, bei der die größte Krümmung in den Lendenabschnitt fällt. Sehr energisch, was nicht genug gelobt werden kann, zieht Verf. gegen die an den Korsetten befindlichen Achselkrücken zu Felde. **Hartmann** (Kassel).

---

17) **A. Broca.** La pronation douloureuse des jeunes enfants.
(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 56.)

Diese (sonst auch Dérangement interne genannte [Ref.]) Affektion kleiner Kinder — meist unter 5 Jahren — besteht nach B., der sie in 9 Jahren 208mal beobachtet hat, in einer Subluxation des Radiusköpfchens nach vorn. Die Subluxation nach hinten hält er für zweifelhaft, jedenfalls für sehr selten. B. lehnt alle anderen Theorien ab. Er stützt sich auf die gelegentlich beobachtete Zunahme des anteroposterioren Gelenkdurchmessers, auf das bei der Reposition deutliche Zurückgleiten des Radiusköpfchens und das charakteristische Einschnappen im Moment der Reposition, wie es nur bei einer Verrenkung möglich sei.

Er gibt zu, daß auch dies nur eine Hypothese sei, da eine exakte Darstellung der Verhältnisse noch nicht existiere, und namentlich die Skiagraphie hier völlig versage.

V. E. Mertens (Breslau).

---

18) **Momburg.** Die Luxation des Nervus ulnaris.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 1.)

Die Luxation des Nervus ulnaris ist weniger selten als bisher angenommen wurde. Die Ursache dieser irrigen Annahme liegt darin, daß dieselbe nur selten Beschwerden verursacht. Man unterscheidet zwei Arten derselben, die traumatische und die angeborene. Die letztere ist weniger selten wie die erstere. Verf. fand sie bei 116 Soldaten, die er daraufhin untersuchte, 23mal. Nicht einer von diesen hatte eine Ahnung von dem Bestehen der Verlagerung oder litt an Beschwerden. Begünstigt wird dieselbe durch eine mangelhafte Ausbildung des Epicondylus internus, der normalerweise stark

nach hinten vorspringt und auf seinem Gipfel meist noch eine nach hinten und innnen gebogene Spitze trägt, so daß eine tiefe Rinne zwischen Olecranon und Epicondylus entsteht. Als zweite wichtige Ursache kommt hinzu eine mangelhafte Entwicklung und Schwäche des fibrösen Gewebes, welches den Nerven in seiner Lage im Sulcus ulnaris erhalten soll, vor allem eine Schwäche der Oberarmfascie. Zu den rein anatomischen Begünstigungsmomenten der angeborenen Luxation treten noch die mechanischen, das Seitwärtstreten des Nerven bei der Beugung des Armes. M. glaubt, daß diese Verrenkung nie eine angeborene ist, daß sie sich aber aus angeborenen Defekten im Bewegungsapparat des Nerven entwickelt. Der größte Teil der traumatischen Verrenkungen ist gar nicht durch das beschuldigte Trauma bedingt, sondern erst durch dasselbe in die Erscheinung getreten. Was die Verrenkung erst beschwerlich macht, ist die infolge der durch das Trauma bedingten Reizung der Nerven entstandene Nervenentzündung. Das beweisen die zahlreichen Fälle der angeborenen Verrenkung, von denen der Träger keine Ahnung hat. Die Entzündung des Nervus ulnaris ist auch öfters nachgewiesen worden. So wurden Verdickungen, entzündliche Rötung, starke Verwachsungen des Nerven mit der Umgebung gefunden. Daß man bei der Häufigkeit der Ellbogenverletzungen die Luxation des Nervus ulnaris so selten beobachtet, das liegt daran, daß der Nerv sehr widerstandsfähig ist, und daß nur sehr schwere und langdauernde Reize eine Entzündung hervorzurufen vermögen.

Die Diagnose ist einfach. Der leicht durchzufühlende Nerv, der auf Druck Kribbeln in den Fingern hervorruft, gleitet bei Beugung des Armes aus seiner normalen Lage über den Epicondylus internus hinweg an die Außenseite desselben. Bei frischen Fällen kann man durch Ruhigstellung des Armes Heilung erzielen, da in der Ruhe die zerrissenen Befestigungsmittel wieder verheilen können. Die rationellste Behandlung älterer Fälle ist die Operation, durch die der Nerv an seiner normalen Stelle befestigt wird. In einem selbst behandelten Falle hat M. einen Muskel-Sehnenlappen aus dem Musc. triceps gebildet und diesen so verlagert, daß der Nerv unter und durch den Musc. triceps und seine Sehne verlief. Der Erfolg ist dauernd gut geblieben. Andere Methoden sind von Andral, McCormac, Smith, Schwartz und Krause beschrieben.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

19) **Lilienfeld.** Der isolierte, subkutane Bruch des Os scaphoideum der Handwurzel, ein typischer Bruch.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 4.)

Verf. hat als Leiter des Zanderinstituts der Ortskrankenkasse in Leipzig in $1^1/_2$ Jahren 7 Fälle von isoliertem Bruch des Os scaphoideum der Hand beobachtet. Aus den Röntgenbildern ergibt sich, daß ein solcher Bruch bei Radikalabduktion der Hand stattfinden muß, und zwar dadurch, daß das Kahnbein zwischen Radius und

Carpus eingeschaltet und zusammengepreßt wird, so daß es sich, wie Oberst vermutet, in der Tat um einen Kompressionsbruch handelt. Sämtliche Pat. haben ihren Unfall dadurch erlitten, daß eine Gewalt auf die dorsalflektierte, radial abduzierte Hand in der Richtung der Achse des Vorderarmes und senkrecht zu derselben wirkte. Es gelang dem Verf. auch, mit der von ihm angenommenen Entstehungsweise experimentell an der Leiche denselben Bruch hervorzurufen, so daß er auch auf diese Weise den Mechanismus für die Ätiologie des Kahnbeinbruches nachweisen konnte. Bänder und Gelenkkapseln fanden sich an den erhaltenen Präparaten unverletzt. Krepitation war nur bei Bewegungsexkursionen nachzuweisen, wie sie am Lebenden wohl unmöglich sind, bei denen noch obendrein der Bluterguß die Krepitationsgefühle abschwächen würde. Wahrscheinlich kann übrigens der Bruch auch durch Fall auf den Handrücken entstehen. Die Diagnose wird man wohl meistens durch die Röntgenaufnahme sicherstellen müssen, doch kann die Anamnese mit genauer Schilderung des Entstehungsmechanismus den Bruch des Kahnbeins wahrscheinlich machen. Bei seinen Fällen fand L. stets eine geringe radial abduzierte Handstellung, umschriebenen Druckschmerz in der Tabatière, die mehr oder weniger ausgefüllt war, und eine meßbare Verbreiterung der Gelenkgegend, zwischen den Spitzen des Processus styloidei gemessen. Die Brüche des Kahnbeins machen immer mehr oder weniger erhebliche Funktionsstörungen, besonders wenn erst spät eine zweckmäßige Behandlung eintritt; namentlich ist die Dorsalflexion behindert. Die Therapie besteht in Massage und Bewegungen. Der Bruch kommt auch in Verbindung mit anderen Verletzungen des Carpus, vor allem im Verein mit dem klassischen Radiusbruch vor.

E. Siegel (Frankfurt a/M.).

---

20) **L. Guitard.** De la méthode ambulatoire dans les traumatismes osseux du membre inferieur.

Paris, **C. Naud,** 1903. 124 S.

Die mit großem Fleiß verfaßte Arbeit ist aus der von Sorel geleiteten chirurgischen Abteilung des Hospitals Pasteur (Havre) hervorgegangen. Nach historischen Vorbemerkungen und einem Überblick über die verschiedenen Methoden der Frakturbehandlung bespricht Verf. eingehend die Vorteile der Gehverbände, kritisiert die gegen sie erhobenen Einwände und schildert die Technik, wie sie bei den hauptsächlichsten Vertretern der Methode gehandhabt wird. Sorel, der seit einer Reihe von Jahren Gehverbände systematisch anwendet, legt einen Hauptwert auf das Freilassen der Gelenke. Bei Unterschenkelfrakturen reicht der — direkt auf die Haut angelegte — Gipsverband von den Knöcheln bis zur Höhe der Tuberositas tibiae. Ein nach Korsch's Vorgang in den Verband eingegipster Metallbügel vermittelt das Auftreten. Nur bei Brüchen in unmittelbarer Nähe des Fußgelenks wird das letztere in den Verband einbezogen. Bei Oberschenkelbrüchen umfaßt der Gipsverband

nur den Oberschenkel, indem er sich gegen das Os ischii einerseits, die Femurkondylen und die Patella andererseits stützt. Auf der medialen Seite wird dann eine am ganzen Bein herabreichende Metallschiene mit eingegipst, welche aus zwei Teilen besteht, einem oberen, geraden, 68 cm langen und einem unteren von 40 cm Länge, das am Fersenende umgebogen ist und hier einen Gummipuffer trägt; der obere Teil wird durch einige an der Seite des unteren befindliche Metallösen durchgeführt und in der gewünschten Höhe mittels einer Druckschraube festgestellt. Die Schiene soll die Fußsohle um 4—5 cm überragen. Der vorher mit einem komprimierenden Watteverband versehene Unterschenkel wird nur mit einigen Bindentouren an der Schiene fixiert. Täglich werden Bewegungsübungen im Kniegelenk ausgeführt. Dieselbe Schiene findet auch nach Kniegelenksresektionen Anwendung; der Gipsverband reicht hier von den Malleolen bis zum Os ischii. Mehrere Abbildungen veranschaulichen die geschilderte Technik.

Der Sorel'sche Apparat, der den Vorzug der Einfachheit hat, soll trotz des Freibleibens der Gelenke eine völlig ausreichende Festigkeit besitzen und eine sichere Extension gewährleisten. Die mit ihm erzielten Heilerfolge waren gute, was allerdings aus den beigebrachten Krankenprotokollen nicht genügend ersichtlich ist.

Ein sehr sorgfältiges Verzeichnis der einschlägigen Literatur schließt die Arbeit. **Kleinschmidt** (Kassel).

---

21) **Dalla Vedova.** La lussazione abituale della rotula.

(Arch. de ortopedia 1902. No. 5 u. 6.)

Es gibt angeborene und traumatische Verrenkungen der Kniescheibe. Erstere sind entweder irreponibel oder habituell. Unter den verschiedenen Ursachen, welche sie hervorrufen und den Veränderungen, welche man bei ihnen gefunden hat, muß man unterscheiden zwischen primären: ungenügende Entwicklung des Condylus internus, Kleinheit und Abplattung des Sulcus trochlearis, Valgusstellung des Knies, oder sekundäre: Verlängerung des inneren Bandapparates, Verlängerung des äußeren, Veränderungen der Vasti. Besteht nur eine Erschlaffung des inneren Bandapparates, so wird die Verrenkung habituell; sie tritt bei der Beugung auf infolge des schiefen Zuges des Quadriceps. Letzterer läßt sich in eine vertikale und eine horizontale Komponente und die Spannung der äußeren Bänder zerlegen; letztere zieht die Kniescheibe nach außen auf den flachen Kondylus. Bei der Streckung tritt spontan Reposition ein durch den Zug der Muskeln. Wenn aber die äußeren Bänder dauernd geschrumpft sind, ist die Verrenkung irreponibel. Die angeborenen Verrenkungen sind demnach meist nach außen. Die traumatischen entstehen sowohl bei Flexion als bei Extension. Bei ihnen entsteht außer der Erschlaffung des inneren Bandapparates noch eine des Lig. patellae. Der Quadriceps ist zu lang. Die Skelettveränderungen stehen in zweiter Linie.

Von den verschiedenen Operationsmethoden hält der Verf. für die beste eine Kombination, welche Durante in zwei mitgeteilten Fällen verwendet hat: Verlagerung des Ansatzes des Lig. patellae auf den inneren Tibiakondylus, Verkürzung des inneren Bandapparates und Durchtrennung des äußeren. Verwandt wird ein bogenförmiger Schnitt auf Vorderfläche und Seitenränder des Knies. Eine Tabelle von 95 Fällen der Literatur ist beigefügt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

22) **Ricard.** Pourquoi, dans la pratique courante, la fracture de la rotule ne doit pas être traitée par les méthodes sanglantes, mais reste encore soumise aux ancienes moyens thérapeutiques.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 36.)

R. wendet sich mit Nachdruck gegen die unter den Pariser Chirurgen jüngst hervorgetretene Neigung, für die Behandlung der Kniescheibenbrüche das blutige Vorgehen als Normalverfahren hinzustellen. Er betont, daß die Kniescheibennaht, weil mit Eröffnung des Kniegelenkes verbunden, eine gefährliche Operation sei, die vollendete Herrschaft über eine peinliche Asepsis verlange, die nur der geübte Chirurg haben könne. R. tritt daher energisch für die Beibehaltung der unblutigen Behandlung — Verbände, Massage! — ein, die funktionell durchaus befriedigende Resultate auch in der Hand der praktischen Ärzte geben könne.

V. E. Mertens (Breslau).

---

23) **F. Bering.** Supramalleolare Längsfrakturen der Fibula.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

B. betont die Wichtigkeit der Röntgenaufnahme in seitlicher Richtung bei den genannten Frakturen, da bei der Aufnahme von vorn nach hinten die Bruchlinie häufig nicht zur Darstellung kommt, und so diagnostische Irrtümer entstehen können.

Kleinschmidt (Kassel).

---

24) **Julius Wolff.** Über die Ursachen, das Wesen und die Behandlung des Klumpfußes. Herausgegeben von Professor G. Joachimsthal.

Berlin, **August Hirschwald,** 1903. 161 S.

Die umfangreiche Monographie über den Klumpfuß, mit dem Bildnisse Wolff's versehen, bildet den literarischen Nachlaß des durch die Lehre über das Transformationsgesetz der Knochen bekannten, so plötzlich mitten in seiner Tätigkeit verstorbenen Orthopäden. Das Werk lag in seinem wesentlichen Teile druckfertig vor, der letzte Abschnitt über das von W. geübte Klumpfußredressement und von den Erfolgen der nach den Grundsätzen der funktionellen Orthopädie durchgeführten Behandlung wurde durch den Schüler

und Neffen des Verf. im Sinne desselben nach früheren Publikationen über den gleichen Gegenstand ergänzt.

Verf. entwickelt nochmals ausführlich seine bekannten Anschauungen über die funktionelle Pathogenese der Deformitäten im allgemeinen und des Klumpfußes im besonderen und begründet seine der praktischen Ausnutzung der Transformationskraft der Knochen entsprungene funktionelle Orthopädie der Deformitäten mit besonderer Anwendung auf den Klumpfuß.

W. tritt mit großem Eifer für seine Ansicht und Methode ein und wendet sich gegen die von anderen erhobenen Einwände. Wir können wohl mit dem Herausgeber sagen, daß das hinterlassene Werk in beredtester Weise Zeugnis davon ablegt, wie der Autor in rastlosem Streben bis zum Tode für seine geistreichen Ideen und Methoden einzutreten bereit war. **Drehmann** (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

Ein Fall von Luxation der Peroneussehne.

Von

Dr. **Bokor**,

Primarius am allg. Krankenhause zu Pécs.

Herr Zs. F., 35 Jahre alter Holzhändler, von athletischem Körperbau, Fechtmeister im athletischen Klub, 100 kg schwer, kommt am 5. Mai 1901 abends mit seiner Familie von einem Ausflug zurück. Da er voraus war, blieb er stehen, um zu warten. Da ihm plötzlich die Idee kam, sich hinter einem Felsen zu verstecken, machte er mit seinem Körper eine rasche »Halbrechts«-Drehung um die Achse des linken Fußes, welchen er nicht vom Boden hob, und verspürte plötzlich ein schmerzhaftes Knacken am linken äußeren Knöchel. Er ging dann noch hinkend nach Hause.

Ich besuchte den Pat. am nächsten Morgen. Als ich das suffundierte Sprunggelenk sah, dachte ich an eine einfache Distorsion, bis mich Pat. darauf aufmerksam machte, daß an seinem äußeren Knöchel während des Beugens im Sprunggelenk »etwas springe«. Er reponierte die Sehne und demonstrierte es einige Male.

Ich tastete beide Sehnen der Mm. peronei auf dem Knöchel sitzend, reponierte sie und legte einen Heftpflasterverband an, genau so, wie ihn Herr Prof. Reerink (Zentralblatt für Chirurgie 1901 Nr. 2) beschrieben hat, und als ich mich überzeugt hatte, daß er gut hielt, legte ich einen Gipsverband darüber.

Nach 2 Wochen entfernte ich beide und ließ behutsam Beugebewegungen machen; die Sehnen waren fixiert. Ich legte nun einen neuen Verband an und ließ diesen noch 3 Wochen liegen.

In der 6. Woche ging Pat. bereits herum. Im September war er vollkommen hergestellt, marschierte, radelte und ging in seine Fechtschule.

Jetzt sind 2 Jahre verflossen, ich sehe ihn häufig, »er hat es bereits vergessen, daß ihm je was fehlte«.

---

25) **H. Meyer.** Über traumatische Aneurysmen als Komplikation der Knochenbrüche.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

Den wenig zahlreichen Fällen von Aneurysmen nach Knochenbrüchen — M. konnte aus der Literatur 60 zusammenstellen — fügt die Abhandlung einen

weiteren aus Helferich's Klinik hinzu, bei dem ein Rippenbruch die Entwicklung eines Aneurysmas einer Art. intercostalis verursacht hatte. Heilung durch Inzision und Tamponade. Kurze Betrachtungen über Entstehungsmodus, Sitz, Diagnose und Behandlung folgen. **Kleinschmidt** (Kassel).

26) **Adrian.** Über Arthropathia psoriatica.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

A. gibt eine genaue Beschreibung der merkwürdigen Veränderungen der Gelenke bei einem mit Psoriasis behafteten Manne, den er in der Straßburger chirurgischen Klinik beobachtete; im Anschluß daran zeichnet er auf Grund eingehendsten Studiums der Literatur, welche 93 genau beobachtete Fälle aufweist, ein Bild dieser Gelenkerkrankung, welche den Dermatologen und inneren Klinikern seit langem bekannt ist, von den Chirurgen bisher aber sehr wenig berücksichtigt worden ist.

Der 60jährige Mann kam in Behandlung wegen Blasenblutungen, als deren Ursache sich ein inoperables Blasenkarzinom herausstellte. Vor 25 Jahren begannen Schmerzen und Schwellungen der Knie- und Fußgelenke, danach auch der Gelenke der oberen Extremitäten. Seit 16 Jahren begannen die Finger und Zehen zusammenzuschrumpfen; die Schmerzen und entzündlichen Erscheinungen der Gelenke schwanden später, die Zehen- und Fingergelenke wurden aber immer stärker deformiert und steif; dazu trat Psoriasis und allgemeine Nervosität auf. Die Fingerglieder sind in eigentümlicher Weise verkürzt und verstümmelt, in den Gelenken abgewichen und subluxiert, zum Teil ankylosiert, die aktive Beweglichkeit ist fast gänzlich aufgehoben. Ähnlich sind die Veränderungen an den Zehen. Röntgenaufnahmen zeigen, daß eine enorme Zerstörung und Verunstaltung an den Knochen des Metacarpus bezw. Metatarsus und an den Phalangen vorliegt, welche Hand und Fuß in auffällig symmetrischer Weise betroffen hat, während alle anderen Teile des Hand- und Fußskelettes normal geblieben sind. An der Hand sind besonders die Köpfchen der Metacarpalien und die Basen der Grundphalangen stark aufgetrieben; die Gelenkkonturen der Metacarpophalangeal- und Interphalangealgelenke sind fast durchgehends verschwommen, zum Teil fehlen die Gelenkenden überhaupt. Ein Teil der Phalangen ist so verunstaltet, daß der Knochen nur in Umrissen seine Form erkennen läßt. Während an den Händen atrophische und hypertrophische Prozesse nebeneinander vorkommen, wiegen in beiden Füßen die atrophisierenden Prozesse der Knochen vor; es fehlen hier ganze Endphalangen. Die Haut ist glatt, ohne Ausschlag oder Geschwüre; die Nägel brüchig. Diese Verhältnisse ändern sich während einer elfmonatlichen Beobachtung nicht; dann erfolgt der Tod an dem Blasenkarzinom; Sektion wurde nicht gestattet. Der Arbeit sind schöne photographische Aufnahmen der Hände und Skiagramme der Hände und Füße beigegeben.

Bezüglich der Auffassung des Krankheitsbildes neigt A. der Ansicht zu, daß wahrscheinlich eine Erkrankung des Nervensystems die gemeinsame Ursache der Psoriasis und des Gelenkleidens ist; welches diese Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems ist, läßt sich auf Grund der bisherigen pathologisch-anatomischen Untersuchungen nicht mit Sicherheit sagen. Diese Art der Gelenkerkrankung ist eine besondere und unterscheidet sich von denjenigen bei Tabes, Syringomyelie etc. **Haeckel** (Stettin).

27) **J. Elter.** Weitere Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Arthritis deformans, insbesondere der kleineren Gelenke.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 387.)

E. berichtet aus der klinischen Tätigkeit von Prof. Müller eine Reihe von an kleineren Gelenken wegen Arthritis deformans mit bestem Erfolge ausgeführten Resektionen. Es handelte sich je einmal um das Kiefergelenk, das Metacarpocarpalgelenk des Daumens, das Metatarsophalangealgelenk der großen Zehe, das Chopart'sche Gelenk (Resektion des Proc. ant. tali), das Talonaviculargelenk

(Exstirpation des Naviculare). Die Krankengeschichten werden kurz durchgesprochen, wobei auf die Wichtigkeit des Röntgenbildes für die diagnostische Beurteilung solcher Fälle hingewiesen wird. Im Eingange der Arbeit wird auch die Literatur der Resektion großer Gelenke wegen Arthritis deformans kurz referiert.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

28) **E. Maether.** Die Resultate der Sehnennaht aus der kgl. chirurg. Klinik zu Kiel. 1899—1902.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

Mitteilung kurzer Krankengeschichten von 52 Pat., die wegen Sehnenverletzung behandelt wurden. In 20 klinischen Fällen waren 46 Sehnen verletzt, 40 am Vorderarm und an der Hand, 6 am Unterschenkel oder Fuß. Bei 32 ambulant behandelten Fällen waren 51 Sehnen verletzt, 32mal Extensorensehnen, 19mal Extensorensehnen an Hand und Vorderarm.

Die Behandlungsart ist die sonst allgemein übliche. Als Nahtmaterial diente Katgut nach Sublimat- oder Juniperusdesinfektion. In 13 Fällen wurde völlige Herstellung der Funktion erzielt, in 12 Fällen fast völlige. Teilweise Herstellung zeigen 6 Fälle, keinen günstigen Erfolg 4 Fälle. Funktion in Bezug auf das Endresultat nicht zu ermitteln in 19 Fällen.

Der Wundverlauf der primär zur Klini kkommenden Fälle war stets ein guter; bei einigen auswärts angelegten Sehnennähten mit Infektion wurde weitgehende Eröffnung der Sehnenscheide und der bedeckenden Teile vorgenommen und Sekundärnaht nach Ablauf der Entzündung angelegt. **Drehmann** (Breslau).

29) **Hall.** The chest pantograph.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Februar 28.)

H. hat einen Zeichenapparat zur unmittelbaren Übertragung der Umrißlinien des Brustkastens in verkleinertem Maßstabe (1:5) nach dem Prinzip des Pantographen (Storchschnabels) gebaut. Ohne Abbildung ist die Beschreibung schwer verständlich. Für Orthopäden dürfte der kleine Apparat sich nützlich erweisen.

Trapp (Bückeburg).

30) **Bettmann.** Über lokalisierte traumatische Wirbelsäulen-Ankylose an der Hand eines Falles von Ankylose der Lendenwirbelsäule.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 1.)

Verf. beschreibt in dieser Arbeit einen Fall von hochgradig ausgesprochener, lordotischer Versteifung der ganzen Lendenwirbelsäule, deren Entstehung er darauf zurückführt, daß die ganze Reihe der Lendenwirbel hauptsächlich an der Stelle ihrer Gelenkverbindungen, an den Processus articulares und an den Bandscheiben von einem heftigen traumatischen Reize im Sinne einer Quetschung getroffen sind, wobei zugleich auch die Gelenkbänder eine Zerrung und teilweise Zerreißung erfahren haben. Dieser traumatische Reizzustand hat schließlich zu Veränderungen geführt, die den Ausgang in Ankylose in derjenigen Stellung (Lordose), in der am wenigsten Schmerzen empfunden werden, bewirkten. **Hartmann** (Kassel).

31) **M. Katzenstein.** Über eine, durch ein chronisch wirkendes Trauma allmählich entstehende Luxatio sternoclavicularis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 4.)

Verf. beschreibt die Krankengeschichte eines 17jährigen Menschen, der sich eine traumatische Luxatio sternoclavicularis zugezogen hat, die aber nicht — wie sonst diese Verletzungen — durch einen schweren Fall auf die Schulter entstanden war, sondern ganz allmählich infolge einer immer wiederkehrenden zu starken Inanspruchnahme dieses Gelenkes bei einem noch nicht völlig entwickelten jungen, gesunden Menschen. K. konnte noch weitere vier analoge Fälle in der Literatur sammeln, welche viele gemeinsame Gesichtspunkte mit dem von ihm veröffentlichten Falle besitzen.



Das Leiden ist nur bei jugendlichen Individuen beschrieben worden und kommt vielleicht häufiger vor als es den knappen Veröffentlichungen aus der Literatur entspricht. Die wesentlichste pathologisch-anatomische Veränderung bei diesen Pat. besteht in einer außerordentlichen Erschlaffung der Gelenkkapsel. Jede Zerreißung bezw. entzündliche Veränderung fehlte z. B. in dem eigenen Falle. Bedingt ist diese Gelenkkapselveränderung durch die dauernde Inanspruchnahme des Sternoklavikulargelenkes, den oft sich wiederholenden Anprall des sternalen Schlüsselbeinendes. Daß diese Verletzung nur bei jugendlichen Individuen vorkommt, dafür gibt der Unterschied der Anordnung der elastischen Fasern in der Gelenkkapsel jugendlicher und älterer Leute einen Aufschluß; die Gelenkbänder sind nämlich im jugendlichen Alter weniger elastisch als im höheren.

Die primären Symptome im Gelenke sind entweder sehr gering oder können ganz fehlen. Sekundäre Symptome sind bedingt durch den Druck des verlagerten Schlüsselbeines auf benachbarte Organe, wie Speiseröhre und Plexus brachialis. Die Diagnose ergibt sich mit Ausschluß weniger in Betracht kommender Krankheiten aus den deutlich abtastbaren Konturen des sternalen Schlüsselbeinendes.

Therapeutisch wird man sich abwartend verhalten, wenn keine größeren Beschwerden vorhanden sind. Bei schwereren Folgeerscheinungen wird man eine operative Ankylosierung des Sternoklavikulargelenkes, wie in K.'s eigenem Falle, mit Erfolg vornehmen. **E. Siegel** (Frankfurt a/M.).

32) **Preleitner.** Zwei Fälle von angeborenem partiellem Klavikulardefekt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 3.)

Die äußerst seltene Beobachtung betraf zwei Geschwister, einen Knaben von 12 und ein Mädchen von 8 Jahren.

Die Schlüsselbeine waren in ihrer ganzen Länge und normalen Dicke entwickelt und nur durch eine symmetrisch gelegene Trennungslinie etwa 3 : 6 cm in je zwei Teile geteilt. An dieser Stelle war abnorme Beweglichkeit vorhanden, es ließ sich ein Fragment um das andere, wenn es fixiert wurde, herumführen. Dabei fühlt man deutlich, daß zwei glatte Flächen miteinander in Berührung kommen.

In beiden Fällen konnten die beiden Schultern aneinander gelegt werden, bei dem Knaben, absolut schmerzlos, nur passiv, während das Mädchen ohne Beihilfe, nur durch Kreuzen der Arme, aktiv dazu imstande war.

Weder hereditäre noch traumatische Einflüsse ließen sich nachweisen. Röntgenabbildung ist beigefügt. Durch Geradehalter wurde Korrektur und damit subjektives Wohlbefinden (freiere Atmung) erzielt. **Hübener** (Dresden).

33) **J. Wilp.** Zur Kasuistik der Cucullarislähmungen.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

W. teilt die Krankengeschichten zweier Fälle durch periphere Schädigung des Accessorius bedingter Cucullarislähmungen aus der Helferich'schen Klinik mit, um einen Beitrag zur physiologischen Funktion der drei den Cucullaris zusammensetzenden Muskelpartien zu bringen. **Drehmann** (Breslau).

34) **Katholicky** (Brünn). Lymphangioma cavernosum der oberen Extremität.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 27. Februar 1903.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 10.)

K. stellt einen 14jährigen Knaben mit der beschriebenen Affektion vor, die zu mehr oder weniger starker Usur und Atrophie der Knochen geführt hat. An den Röntgenbildern sieht man nur minimale Reste der Phalangen, Metacarpalknochen scheinen ganz zu fehlen, Carpalknochen sind nur in ganz kleinen Resten vorhanden. Deutliche Atrophie von Radius und Ulna, Lösung der Handgelenksepiphysen, Defekt des unteren Drittels der Ulna (durch Atrophie entstanden),

Verrenkung des Capitulum radii und beginnende Atrophie von Olecranon und Trochlea.

Bei der Tastung hat man das Gefühl, einen mit Flüssigkeit gefüllten Sack (Gummihandschuh) unter den Fingern zu haben. **Hübener** (Dresden).

35) **Monari.** Considerazioni cliniche sulla resezione totale del gomito.
(Arch. di ortopedia 1902. Nr. 5 u. 6.)

Die Ellbogenresektion wegen Tuberkulose macht M. mit einem U-förmigen Schnitt und temporärer Abtrennung des Olecranon. Nach Entfernung alles Krankhaften und Absägen der Knochen wird das Olecranon in eine Grube auf der dorsalen Fläche der Ulna befestigt, ebenso die lateralen Bänder sorgfältig an die Knochen peripher und zentral genäht. Bei jedem Verbandwechsel wird der Arm abwechselnd in Streck- und Beugestellung gebracht, nach 14 Tagen mit Massage und passiven Bewegungen begonnen. Vier so operierte Fälle, in welchen ein gutes funktionelles Resultat und ausgiebige kräftige Bewegungen im Ellbogen erzielt wurden, werden ausführlich nebst verschiedenen Photo- und Röntgographien mitgeteilt. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

36) **Drenkhahn.** Ein Fall von seltener Mißbildung der Vorderarme.
(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

Verf. hat als Militärarzt bei den Musterungen mehrfach junge Männer gesehen, deren einer Vorderarm in Pronationsstellung fixiert war. Alle gaben an, daß es sich um einen Geburtsfehler handle. Da Verf. keine Aufklärung in der Literatur fand, so teilt er die genauere Untersuchung eines Falles mit. Es handelt sich um einen 23 Jahre alten Mann. Beide Hände befinden sich in Pronationsstellung. Die Supination ist behindert. Die Vorderarme können außerdem nicht ganz gestreckt werden. Die Hände sind volarwärts subluxiert, das karpale Ende der Ulna springt beiderseits stark dorsalwärts vor. Die Untersuchung mit Röntgenstrahlen ergab eine knöcherne Verbindung der Vorderarmknochen an ihren Kreuzungsstellen. **J. Riedinger** (Würzburg).

37) **Scharnberger.** Beitrag zur Behandlung der typischen Radiusbrüche.
Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

Verf. befürwortet das von Petersen geübte Verfahren der schienenlosen Behandlung, mit dem er in eigener Praxis eine Reihe guter und schneller Heilungen erzielt hat. **Kleinschmidt** (Kassel).

38) **Wittek.** Zwei seltene Verletzungen im Bereiche der Handwurzel.
(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 1.)

Die erste seltene Verletzung war dadurch zustande gekommen, daß Pat., ein Postkondukteur, auf dem Trittbrette ausgeglitten und mit vorgestreckten Handflächen auf den Boden gefallen war. Die Symptome bestanden im ganzen Bereiche der linken Handwurzel und dem untersten Teile des Vorderarmes in einer beträchtlichen Schwellung und in einer Abweichung der Hand nach der radialen Seite. Die Durchleuchtung ergab neben einer Abrißfraktur des Proc. styloideus ulnae einen Abbruch des volaren Gelenkrandes des Radius mit zentralwärts sich anschließender Verschiebung dieses Fragmentes bei unverletzt gebliebenem dorsalen Rand der Radiusgelenkfläche.

Bei der Behandlung gelang es trotz aller Bemühungen nicht, die Dislokation des Bruchstückes auszugleichen, und heilte die Fraktur in der fehlerhaften Stellung aus. Verf. spricht diesen Fall als eine direkte Stauch- oder Kompressionsfraktur an.

Im zweiten Teile berichtet Verf. über einen 28jährigen Schlosser, der, von einem schweren Gußstück getroffen, auf die dorsoflektierte rechte Hand gefallen

war. Die Röntgenuntersuchung, der er sich erst mehrere Monate nach der Verletzung unterzogen hatte, ergab eine Abrißfraktur des Proc. styloideus ulnae, sowie einen isolierten schmalen Knochenschatten zwischen Os lunatum und triquetrum, der zweifellos eine schalige Absprengung des Os triquetrum darstellte.

Die Funktion der Hand war nach einem halben Jahre nach der Verletzung keine normale geworden; es bestand noch eine leichte Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Handgelenkes vor dem Proc. styloideus ulnae.

In der Literatur fand Verf. erst einen sicheren Fall von Fraktur des Os triquetrum. **Hartmann** (Kassel).

39) **M. Richon.** Fracture du scaphoide, luxation en avant du fragment interne de cet os et du sémi-lunaire. Ankylose du poignet. Extirpation des os luxés. Restauration fonctionnelle partielle.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1903. Nr. 3.)

Die in der Überschrift genannte Verletzung wurde dadurch hervorgerufen, daß ein Kanonier vom Pferde geworfen und mit einem Fuße im Steigbügel eine Strecke weit geschleift wurde. Durch das Röntgenbild wurde der Bruch und die Verlagerung der Knochen festgestellt. Durch die Exstirpation des abgebrochenen Stückes des Kahnbeines und die Entfernung des Mondbeines wurde erreicht, daß die Beugung des vorher fast völlig steifen Handgelenkes fast normal wurde, während die Streckung etwas behindert blieb. **Herhold** (Altona).

40) **A. Becker.** Beitrag zur traumatischen, nicht komplizierten Luxation der Extensorensehnen der Finger. (Aus der chir. Univ.-Klinik zu Rostock.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 12.)

Bei dem 43jährigen Manne war die seltene Verletzung durch ein nur unbedeutendes Trauma zustande gekommen; er wollte einen größeren Gegenstand ergreifen, spreizte zu dem Zweck extrem die Finger und spürte plötzlich einen »Knacks« und Schmerz auf dem rechten Handrücken im Bereiche der Strecksehne des Mittelfingers, welche durch Zerreißung des Sehnenbandes zwischen ihr und der Zeigefingerstrecksehne dicht an ersterer ulnarwärts verschoben wurde. Bei Streckstellung der Hand und Finger waren Veränderungen nicht sichtbar; wurden aber die Finger flektiert, so trat infolge des einseitig vom Sehnenbande des 4. Fingers ausgeübten Zuges die Verrenkung unter sicht- und hörbarem Knacks wieder ein, um bei Streckung der Finger wieder zu verschwinden. Wegen der Schmerzen wurde eine Operation ausgeführt und hierbei, da eine Naht des durchrissenen Sehnenbandes keinen sicheren Erfolg versprach, die Sehnenverbindung mit dem 4. Finger reseziert und die reponierte Strecksehne des Mittelfingers durch Vernähung des umgebenden lockeren Bindegewebes über ihr neu eingescheidet. Heilung mit gutem Erfolg. — In zwei weiteren Fällen wurde die vorgeschlagene Operation von den Pat. abgelehnt. **Kramer** (Glogau).

41) **W. Neutra.** Zwei Fälle von Dupuytren'scher Fingerkontraktur bei Tabes resp. Tabes mit multipler Sklerose.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 2.)

Die beiden auf der Schlesinger'schen Abteilung des Kaiser Franz Josef-Spitals beobachteten und ausführlich wiedergegebenen Fälle reihen sich den in neuerer Zeit sich häufenden Beobachtungen vom Zusammentreffen beider Erkrankungen an. N. glaubt, daß die immerhin geringe Anzahl der publizierten einschlägigen Beobachtungen darauf zurückzuführen ist, daß Pat. mit Dupuytren-scher Fingerkontraktur seltener den Neurologen und zumeist den Chirurgen aufsuchen.

Verf. sucht die Ätiologie in trophischen Störungen und dadurch bedingter Schrumpfung der Palmaraponeurose. Es empfiehlt sich vielleicht, von chirurgischer

Seite diesem Gegenstande vermehrte Aufmerksamkeit zu schenken, und die an Dupuytren'scher Kontraktur operierten Pat. behufs späterer Kontrolle im Auge zu behalten, da die Kontraktur in einzelnen Fällen sich gewissermaßen als erstes Zeichen einer Rückenmarkserkrankung (Tabes, Syringomyelie) eingestellt hatte.

Hübener (Dresden).

42) K. N. Smirnow. Ein Fall von Embolie der Lungenarterie bei Fraktur beider unteren Extremitäten.

(Russ. Archiv f. Chirurgie Bd. XX. Hft. 1. [Russisch.])

Der 39jährige Pat., Arzt, zog sich einen doppelseitigen, rechts komplizierten Unterschenkelbruch zu. Am Tage darauf erste ärztliche Behandlung: Gipsverbände, die am 3. Tage gewechselt werden müssen. Am 4. Tage Einlieferung in die Moskauer Universitätsklinik.

Es wurden sofort neue Gipsverbände gemacht. Der Verlauf war befriedigend. Am 16. Krankheitstage wurde mit Massage und passiven Bewegungen des linken Beines vorsichtig begonnen. 3 Wochen nach der Verletzung wurde unter Korrektur der Stellung — es war Callus vorhanden — ein neuer Gipsverband gemacht. Am Abend desselben Tages fühlte Pat. sich plötzlich unwohl, wurde blaß, dyspnoisch und starb nach $^1/_2$ Stunde. Sektion: Die Venae tibial. ant. und post. nebst ihren Ästen sind an beiden Beinen thrombosiert, rechts fast bis zur V. poplitea, links etwas weniger. Beim Herausnehmen der linken Lunge wird in der Thoraxhöhle ein in den Pulmonalisstamm passendes, verzweigtes Gerinnsel gefunden, dessen Kern wie die Unterschenkelthromben gebaut ist.

S. kommt an der Hand von 37 Fällen der Literatur zu dem Schluß, daß die einschlägigen Verhältnisse noch völlig ungeklärt sind, ja nicht einmal die Diagnose der Thrombose sicher zu stellen ist. Eine um so größere Bedeutung legt S. der Prophylaxe bei im Hinblick auf die Embolie. **V. E. Mertens** (Breslau).

43) H. Jacobsthal. Über Geschwülste des M. psoas und M. iliacus internus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 38.)

J. publiziert vier von Brunn beobachtete und operierte einschlägige Fälle, zwei den Psoas, zwei den Iliacus betreffend. Die Pat., dem Geschlechte nach ganz gleich an den Erkrankungen beteiligt, standen im Alter von 26—47 Jahren. Die beiden Psoasgeschwülste ähnelten dem Untersuchungsbefunde nach durchaus Nierengeschwülsten, als welche sie auch angesehen worden waren. Der zur Nierenoperation dienliche Schnitt paßte auch für diese Geschwülste, die unter weiter Ablösung des Bauchfelles zu exzidieren waren. Hingegen gaben die Iliacusgeschwülste Erscheinungen, wie sie Geschwülsten des Beckens bezw. der Hüftbeinschaufel eigen sind und erforderten einen in der Nähe des Poupart'schen Bandes sich haltenden Schnitt, in welchem ebenfalls retroperitoneal unter Ablösung des Bauchfells die Operation vorzunehmen war. Diese Operation an sich ist in allen Fällen ohne zu große Schwierigkeiten, freilich meist mit erheblicher Blutung ausführbar gewesen, hat auch zur Wundheilung geführt, die Endresultate sind aber durch Bösartigkeit der Geschwülste beeinträchtigt. Nur eine Psoasgeschwulst ist als gutartiges Myxofibrom anzusehen, der betreffende 26jährige Pat. noch ein Jahr nach der Operation am Leben. Auch eine Iliacusgeschwulst ist mikroskopisch als einfaches Fibrom bestimmt, doch ist die betreffende 47jährige Frau schon ca. 3 Monate nach der Operation gestorben, woran ist unbekannt. Die beiden übrigen Kranken, eine 31jährige Frau mit Spindelzellensarkom des Psoas ist ca. 7 und ein 37jähriger Mann mit ebenfalls Spindelzellensarkom des Iliacus nach ca. 3 Monaten nach der Operation an Residiven gestorben. Analoge Beobachtungen sind, wie die zur Sache gehörige, hieraufhin revidierte Literatur (Verzeichnis derselben mit 17 Nummern zum Schluß der Arbeit) lehrt, kaum vorhanden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).



44) **Friend.** Hygroma and fibroma of the tuber ischii bursae.

(Annals of surgery 1903. Nr. 3.)

Verf. zählt die wenigen bis jetzt in der Literatur veröffentlichten Fälle von Bursitis des Tuber ischii auf und bespricht im Anschluß daran die Struktur dieses Schleimbeutels bei Erkrankungen. Der Sack der Bursa ist von Natur dünn, verdickt sich aber stark bei Entzündungen; der Inhalt kann ein sehr mannigfaltiger sein. Bei gichtischen Entzündungen wurden harnsaure Salze, bei Traumen Hämatome, bei tuberkulöser Erkrankung fungöse Massen angetroffen. Seröse Flüssigkeit, Reiskörperchen, papilläre Wucherungen, endlich den freien Gelenkkörpern ähnliche knorpelige Gebilde bilden nicht selten den Inhalt des Schleimbeutels.

F. hatte Gelegenheit, bei einem Manne, der viel im Sattel gesessen hatte, von jedem Tuber ischii einen entzündeten Schleimbeutel von Walnußgröße zu entfernen, da sie beim Sitzen Beschwerden verursachten. Der links sitzende Schleimbeutel enthielt eine blutige Flüssigkeit, der rechts sitzende zahlreiche Reiskörperchen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Wand der Schleimbeutel aus drei Schichten bestand. Die äußerste setzte sich aus dichtem Bindegewebe mit zahlreichen Rundzellen und wenigen sehr schmalen Blutgefäßen zusammen, die mittlere aus einer Rundzelleninfiltration in weitmaschigem Bindegewebe, die dritte endlich aus Bindegewebe mit zahlreichen durch rote Blutkörperchen ausgedehnten Blutgefäßen. In der Umgebung dieser Blutgefäße lagen rote und weiße Blutkörperchen sowie Pigment, so daß diese dritte Schicht wie mit Gentianaviolett gefärbt, hämorrhagisch entzündet aussah. Zwei Abbildungen der mikroskopischen Befunde sind der Arbeit beigegeben. **Herhold** (Altona).

45) **E. H. Ochsner** (Chicago). Congenital dislocation of hips.

(Annals of surgery 1902. August.)

Aus der Arbeit, welche sich ziemlich eingehend mit der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung nach Lorenz beschäftigt, ist als besonders interessant hervorzuheben, daß Verf. Gelegenheit hatte, das Becken einer kleinen Pat. zu untersuchen, welche an einer Darmerkrankung gestorben war, und bei der er ca. 3 Jahre vorher mit gutem funktionellem Erfolge eine doppelseitige angeborene Hüftverrenkung nach Lorenz reponiert hatte. Definitiv aus der Behandlung entlassen war die Pat. etwa 3/4 Jahre vor ihrem Tode. Es stellte sich heraus, daß fast vollkommen normale Verhältnisse vorlagen. Gelenkpfannen und Gelenkköpfe waren vollkommen normal, ebenso Schenkelhals und Gelenkkapsel. Nur ein Lig. teres wurde weder rechts noch links gefunden, statt dessen nur kaum angedeutete Rudimente derselben auf dem Boden der Pfanne.

Seefisch (Berlin).

46) **Borchard.** Ein Beitrag zu der Luxatio suprapubica, kompliziert durch Fraktur des Trochanter major und eine Hernia praevascularis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 572.)

B. beobachtete die genannten Verletzungen an einem 14jährigen Knaben, welcher von durchgehenden Pferden geschleift und von einer Walze mehrfach überfahren worden war. Bei der Sektion des im Kollaps gestorbenen Kranken fand sich unmittelbar unter der Haut der Schenkelkopf über dem Schambeinaste hervorragend, weitgehende Zerreißung der Fascia pectinea, die großen Gefäße seitlich verlagert und straff gespannt über den Gelenkkopf hingezogen. Der Trochanter major von seiner Insertion abgerissen, im Zusammenhange mit der sich an ihm inserierenden, nicht zerrissenen Muskulatur, 3 cm vom Schenkel selbst abstehend. Die prävaskuläre »Hernie« bestand in einer ausgedehnten Vorstülpung des aus seinen Verbindungen gelösten Bauchfells, welche zwischen horizontalem Schambeinaste und dem nach vorn und unten vorgebuchteten Ligament. Pouparti

herausgetreten war. Eine ausgedehnte Lockerung bezw. Abreißung des letzteren hatte zu diesem Bauchfellvorfalle Anlaß gegeben.

Als Analoga dieser Befunde citiert B. einerseits einen von Lauenstein ebenfalls bei gleicher Hüftverrenkung beobachteten Trochanterbruch. Derselbe ist in beiden Fällen nicht als direkter, sondern als ein Bruch durch Muskelzug anzusehen. Die eigentümliche Hernienbildung aber ist den von Narath beschriebenen Schenkelhernien, welche gelegentlich der Reposition angeborener Hüftverrenkungen entstanden waren, an die Seite zu stellen. Es handelt sich um herniöse Vortritte des Bauchfells vor den Schenkelgefäßen, bedingt durch ausgedehnte Lockerung am Poupart'schen Bande und den benachbarten Fascienverbänden, herbeigeführt durch Überstreckung und Dehnung der oberen Schenkelmuskulatur entweder durch Verrenkungstrauma oder durch die eingreifenden Repositionsmanöver (Hyperextension, Abduktion) bei kongenitalen Verrenkungen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

47) **Bertelsmann.** Ein Fall von Spontanluxation des linken Hüftgelenkes im Verlauf eines schweren Scharlach.

(Separatabdruck aus der Orth-Festschrift.)

Verf. beschreibt einen genau, auch bakteriologisch und mit Röntgenstrahlen untersuchten Fall von Distensionsluxation des rechten Hüftgelenkes (Luxatio iliaca) nach Scharlach bei einem 8jährigen Mädchen mit vielfachen Gelenkschwellungen. Im Blute fand sich eine große Menge von Streptokokken. Trotzdem erlag das Kind der Infektion nicht. Die Verrenkung erfolgte ohne nachweisbares Trauma und ohne Mitwirkung grobanatomischer Knochenveränderungen. Bei einem Repositionsversuch brach aber der Oberschenkel unterhalb der Trochanteren, was Veranlassung gab, das Bein in Abduktionsstellung einzugipsen. Außerdem erfolgte in den ersten Tagen nach dem Verlassen des Bettes, fast 3 Monate nach dem Repositionsversuch, eine Spontanfraktur des linken Oberschenkels. Das obere schräge Fragment der Diaphyse hatte sich hierbei, wie das Röntgenbild erkennen ließ, in das untere hineingeschoben, so daß das Kind mit dem gebrochenen Bein noch auftreten konnte. Man könnte den Bruch als »Intubationsfraktur« bezeichnen, da die Knochenenden wie die Röhren eines Fernrohres in einander geschoben sind. Es war ferner nachzuweisen, daß die Knochen keine normale Dichte besaßen (Sudeck). — Der Fall verlief verhältnismäßig günstig.

J. Riedinger (Würzburg).

48) **H. Althoff.** Neun Fälle von Coxa vara.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

Von neun mitgeteilten Fällen von Coxa vara war ein Fall kombiniert mit Schenkelhalsbruch der anderen Seite, ein weiterer mit Kniegelenkstuberkulose derselben Seite, ein dritter mit Ischias. In einem Falle wurde eine Osteotomie des Schenkelhalses vorgenommen, die übrigen mit Streckung in Narkose, folgendem Streckverband und Thomas'scher Schiene behandelt. **Drehmann** (Breslau).

49) **A. Hoffa.** Über Schenkelhalsbrüche im kindlichen und jugendlichen Alter.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

Bei der Durchsicht der Literatur hat Verf. 78 Fälle von Schenkelhalsbrüchen im kindlichen Alter (in der Regel waren es Epiphysenlösungen) zusammenstellen können. 53 Fälle traumatischer Epiphysenlösungen sind auf Veranlassung von H. bereits von Gerstle zusammengestellt und bearbeitet worden. Von den übrigen 25 Beobachtungen, die seit Gerstle's Arbeit in der Literatur niedergelegt sind, teilt Verf. das wichtigste der Krankengeschichten mit. Alsdann folgen die Krankengeschichten von elf eigenen Beobachtungen. In Bezug auf die näheren Ausführungen kann auf p. 261 dieses Jahrganges hingewiesen werden.

J. Riedinger (Würzburg).

50) **F. Mayer.** Ein Fall von traumatischer Fraktur des Oberschenkelhalses bei einem vierjährigen Kinde.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

M. berichtet über einen Fall von Schenkelhalsbruch bei einem vierjährigen Mädchen aus der Helferich'schen Klinik. Das Röntgenbild vor und nach der Behandlung zeigt ein ausgezeichnetes Resultat in Bezug auf die Wiederherstellung der normalen Knochengestalt. Unter Herbeiziehung der zehn von Whitman veröffentlichten Fälle von Schenkelhalsbruch im kindlichen Alter weist Verf. darauf hin, daß der genannte Bruch entgegen der bis jetzt geltenden Ansicht im Kindesalter ein nicht ungewöhnliches Ereignis bildet. Während das unmittelbare Resultat bezüglich der Verkürzung und Stellungsanomalie kein schlechtes ist, so pflegt, wie Verf. weiter ausführt, im Laufe der Jahre die Verkürzung und das Hinken zuzunehmen, da sich eine Schenkelhalsverbiegung im Sinne der Coxa vara einzustellen pflegt. Es wird deshalb das Tragen einer Hüftschiene auf die Dauer eines halben Jahres anempfohlen. **Drehmann** (Breslau).

51) **Vulpius (Heidelberg).** Die Sehnenüberpflanzung am Oberschenkel.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 15.)

V. berichtet über seine Erfahrungen mit der Sehnenüberpflanzung am Oberschenkel nach Heusner, die sich auf etwa 20 operierte Fälle stützt. In äußerst befriedigender Weise hat er danach die Gefahr der sekundären Beugekontraktur beseitigt und den Gang der Pat. ermöglicht. Er näht die von zwei hinteren Schnitten aus abgetrennten Muskeln vorn an den oberen Kniescheibenrand an und zieht dies Verfahren der Sehnenverlängerung durch Seidenzöpfe (nach Lange) vor. Einige Krankengeschichten und einige Abbildungen illustrieren seinen Bericht. **Schmieden** (Bonn).

52) **M. Baudoin.** Traitement des fractures de la rotule; fracture ancienne datant de six mois. Arthrotomie suivie d'avivement des fragments; suture et cerclage. Guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1903. Nr. 4.)

In der Arbeit wird in sehr sorgfältiger Übersicht die Entwicklung der chirurgischen Behandlung der Kniescheibenbrüche von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis auf die Jetztzeit unter Anführung der in Betracht kommenden Chirurgen aller Länder geschildert. Interessant ist, daß in den Jahren 1900 und 1901 sich verschiedene französische Chirurgen (Vallas, Martin, Batut u. a.) entschieden gegen die knöcherne Naht und die Umschnürung der Fragmente mit Silberdraht aussprechen und nur die Naht der Kapsel und der zerrissenen Weichteile gestatten wollten. Verf. kommt zu dem Schlusse, daß in veralteten Fällen von Kniescheibenbrüchen die knöcherne Naht und die Umschnürung der Fragmente mit Silberdraht sowie die Naht der zerrissenen Weichteile und der Kapsel anzuwenden ist.

In dieser Weise hat er einen Kniescheibenbruch, der nach Ablauf von 10 Monaten in seine Behandlung kam, mit gutem Erfolge behandelt. Während vor der Operation fast völlige Versteifung des Knies und stolpernder Gang neben großer Schwäche des Beines und eine Diastase der Fragmente von 6 cm bestand, ging der betreffende Pat. nach der Operation nicht mehr lahmend, und konnte der Unterschenkel im Kniegelenke völlig gestreckt und bis zu einem Winkel von 35° gebeugt werden. Wie die der Arbeit beigegebenen Skiagramme zeigen, war freilich eine knöcherne Vereinigung der fast völlig aneinander gelagerten Fragmente nicht erfolgt. **Herhold** (Altona).

53) **P. Bade.** Die habituelle Luxation der Patella.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

Unter habitueller Kniescheibenverrenkung versteht Verf. jede abnorme Verlagerung der Kniescheibe, die innerhalb bestimmter Zeiträume wiederholt ein-

zutreten pflegt. Er hatte Gelegenheit, vier hierhergehörige Fälle zu beobachten. Der eine Fall betraf ein 16 Jahre altes Mädchen mit angeborener Disposition, bestehend in einer allgemeinen Bändererschlaffung der Gelenke, welche auch zu einer doppelseitigen Hüftgelenkverrenkung geführt hatte. Die drei folgenden Fälle stellten traumatische Verrenkungen, die wiederholt rezidivierten, dar, nämlich bei einem zur Zeit 29 Jahre alten Manne, dessen zur Zeit 26 Jahre alten Schwester und einem nun 16 Jahre alten Lehrling. — Als ätiologische Momente kommen in Betracht: graziler Bau des ganzen Kniegelenkes, große Verschieblichkeit der Kniescheibe, veranlaßt durch Banderschlaffung, und Schlaffheit der Muskulatur, namentlich des Vastus internus. Bei der ersten Luxation scheint das direkte Trauma zu überwiegen. Bei der habituell gewordenen Verrenkung spielt dagegen die anormale Körperstellung, wie beim Schneeballwerfen, die Hauptrolle. Durch Kontraktion des Quadriceps wird hierbei die Kniescheibe über den Condylus femoris hinweggehebelt. — Auf Grund seiner Beobachtungen und des Studiums der Literatur bespricht Verf. alsdann die Symptome der Luxatio patellae und die Behandlung. Hinsichtlich der Nachbehandlung empfiehlt er die Anlegung eines Schienenhülsenapparates. Von den blutigen Eingriffen scheinen ihm die osteoplastischen Operationen, event. kombiniert mit Kapselverengerung oder Osteotomie, den Vorzug zu verdienen. **J. Riedinger** (Würzburg).

54) **Schulze.** Die Luxation der Semilunarknorpel des Kniegelenkes.
(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 1.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Verrenkung des Semilunarknorpels im Kniegelenk, einmal infolge von Fall auf die Füße bei gestreckten Beinen, das andere Mal nach Fall auf das linke gebeugte Knie. Die Operation ergab beide Male ein abgesprengtes Stück des inneren Meniscus, das einmal mit einem torquierten Stiel noch festhaftete. An die Beschreibung dieser Fälle knüpft sich eine eingehende Besprechung der Literatur. **Hartmann** (Kassel).

55) **Besta.** Un caso di penetrazione traumatica d'aria nell' articolazione del ginocchio.
(Gazz. med. italiana 1903. Nr. 17.)

Nach Hufschlag aufs Knie entstand eine Auftreibung des Gelenkes, welche tympanitischen Schall und eine feine Krepitation ähnlich wie bei Hämarthros gab. Auf der Mitte der Patella eine kleine Hautwunde. Offenbar hatte der Schlag bei flektiertem Knie den oberen Recessus eröffnet; nachher hatte die dabei angespannte Haut sich nach oben geschoben und die Öffnung verschlossen. — Ein Pneumarthros bedarf keiner anderen Behandlung als einen einfachen komprimierenden Verband. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

56) **F. Fischer.** Ein Fall von doppelseitiger Luxatio tibiae anterior completa.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 594.)

Der von F. in dem ihm unterstehenden Diakonissenkrankenhause zu Danzig beobachtete Fall betrifft einen Arbeiter, der bei einer Säemaschine beschäftigt und, als plötzlich die Pferde durchgingen, versuchend, die Zügel zu ergreifen und um die Maschine herumzulaufen, von einer eisernen Stange in die Kniekehlen und zu Boden geschlagen worden war. Seine Füße hatten hierbei, in aufgeweichtes Erdreich eingesunken, fest gestanden. Befund: Die Oberschenkelkondylen tief in die Wade heruntergeschoben, die Haut darüber straff gespannt. Kniescheibe sitzt deckelartig auf den Gelenkflächen der Unterschenkel; am oberen Rande der letzteren, tiefe furchenartige Hauteinziehung. Leichte Beugestellung der Unterschenkel, heftigste Schmerzen. Reposition unter Zug und bei mäßigem Druck auf die Oberschenkelkondylen in etwas gebeugter Stellung unerwartet leicht. Bindeneinwicklung, Schienenlagerung; nach 16 Tagen mit vorsichtigen Bewegungen be-

gonnen. 7 Wochen nach der Verletzung mit Kniekappen entlassen, zuletzt völlige Arbeitsfähigkeitswiederherstellung.

F. bemerkt, daß von einseitiger Luxation dieser Art ca. 110 Fälle bekannt seien, von doppelseitiger hat er keinen Parallelfall finden können. Zwei Abbildungen zeigen je ein Skiagramm von vorn und von der Seite.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

57) **Mehnert** Ein seltener Fall von Splitterfraktur der oberen Tibiaepiphyse mit Zerreißung der Arteria poplitea und nachfolgender Gangrän des Unterschenkels bei einem Tabiker.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

Genaue Beschreibung des in der Helferich'schen Klinik beobachteten Falles. Die äußerst schwere Verletzung (völlige Zertrümmerung der Epiphyse) war entstanden durch einfachen Fall auf das Knie infolge Ausgleitens auf der Straße.

Kleinschmidt (Kassel).

58) **Haim.** Über angeborenen Mangel der Fibula.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie.)

Verf. beschreibt einen Fall mit vollständigem Mangel der Fibula, dem sich ein Defekt der lateralen Fußknochen hinzugesellt. Es fehlt der vordere Anteil des Calcaneus, das Os cuboideum, das dritte Keilbein und die ganze fünfte Zehe. Was das ätiologische Moment derartig angeborener Defekte anlangt, so ist Verf. der Meinung, daß die Ursache schon in einer mangelhaften Anlage des Keimes selbst und nicht in einer exogenen Ursache zu suchen ist. Für diese Ansicht spricht 1) das hereditäre Auftreten dieser Mißbildungen, 2) der Umstand, daß in sehr vielen Fällen noch andere Mißbildungen beobachtet werden, die auch auf dem Fehlen eines Abschnittes beruhen, in welche morphologisch die Extremität der Länge nach gegliedert ist (Strahldefekt), 3) das auffällige Zurückbleiben der betroffenen Extremität im Wachstum gegenüber der auf der anderen Seite. Da die landläufigen Behandlungsmethoden, wie Achillotenotomie, Redressement des Fußes etc. recht häufig kein zufriedenstellendes Resultat hervorgebracht haben, wird in diesem Falle beabsichtigt, erst nach Abschluß des Wachstums in der Epiphyse die schräge Osteotomie der Tibia vorzunehmen und durch Extension eine Verlängerung des Beines zu erzielen. **Hartmann** (Kassel).

59) **Zoppi.** Primo tentativo di trapianto autoplastico di cartilagine epifisaria eseguito nell' uomo.

(Arch. di ortopedia 1902. Nr. 5 u. 6.)

60) Derselbe. Nuove esperienze sull' innesto della cartilagine interepifisaria negli animali adulti a sviluppo scheletrico completo.

(Ibid. 1903. Nr. 1.)

Bei einem 12jährigen Mädchen, bei welchem infolge Osteomyelitis der Tibia letztere gegen die Fibula im Wachstum zurückgeblieben war, weil ihr Epiphysenknorpel im zentralen Teile zerstört war, wodurch eine Varusstellung des Fußes erfolgte, machte Z. 1) eine keilförmige Osteotomie der Fibula an der Stelle ihres Epiphysenknorpels, entnahm letzterer einen Keil und pflanzte ihn nach lineärer Osteotomie der Tibia an die Stelle, wo deren Epiphysenfuge im Röntgenbilde sich zerstört gezeigt hatte. Wie in den bekannten Tierexperimenten von Helferich, Enderlen und anderen, heilte der Knorpel ein und war 2 Monate nach der Operation radiographisch noch vollkommen erhalten. Z. glaubt, daß er auch funktionieren und zum Wachstum des Knochens, in den er überpflanzt worden, auch künftig beitragen werden, weil er bei seinen Experimenten 2) stets gesehen hat, daß wenn der Epiphysenknorpel auf ein erwachsenes Individuum übertragen wird, bei welchem die Epiphysenfuge nur noch die Narbe ihres Knorpels enthält und die

Proliferationskraft des Knochens aufgehört hat, er sehr rasch resorbiert wird und dann schon nach 15 oder 20 Tagen nur noch in Resten vorhanden ist.

Übrigens stand der bei der Operation redressierte Fuß nachher in guter Stellung. Zwei Photographien, zwei Radiographien.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

61) **Bähr.** Zur Kasuistik der Fersenbeinbrüche.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 1.)

Die Arbeit vermehrt die Kasuistik der Fersenbeinbrüche um einen weiteren Fall. Während sich auf der Röntgenplatte nur ein Knochenvorsprung in der Sohlenfläche zeigte, fühlte sich bei der Operation, bei der obiger Vorsprung beseitigt wurde, die äußere und untere Fläche in der Nähe der Außenkante des Fersenbeines überall rauh an, und es präsentierten sich deutlich kleinere Unebenheiten, die nach Ansicht des Verf. nur darin ihre Erklärung finden, daß kleinere Knochenverletzungen im Calcaneus stattgehabt haben, die in Heraussprengung kleinster Knochenteile bestehen. **Hartmann** (Kassel).

62) **T. Allegra.** Un caso di piede equino congenito.

(Policlinico 1903. Ser. Chir. Nr. 3.)

Anatomische Beschreibung eines kongenitalen Pes equinus, dessen Träger 29 Jahre geworden war. Die hauptsächlichsten Verbildungen fanden sich an den Bändern und den Knochen der Fußwurzel, vornehmlich Talus und Calcaneus. Ersterer hat eine Drehung um seine transversale Achse erfahren, wodurch die Ober- zur Vorderfläche geworden ist, und läuft innen und hinten in eine Art Fortsatz aus, der mit der Tibia artikuliert. Der Calcaneus hat ebenfalls eine starke Drehung erfahren, so daß er mit dem Malleolus externus eine kleine Gelenkfläche gewinnt. Das Sustentaculum tritt nicht in Verbindung mit dem Talus.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

63) **K. Vogel.** Einige neue Apparate zur gewaltsamen Redression von Fußdifformitäten.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

Verf. beschreibt drei von der Firma Eschbaum in Bonn gelieferte kleinere Apparate zur Redression des Pes varus, Pes valgus und Pes excavatus. Dieselben sollen den Lorenz'schen Osteoklasten, resp. die von Graff beschriebene Modifikation desselben, nicht ersetzen, wohl aber ergänzen, indem sie in einzelnen Fällen eine genauere und einfachere Fixierung der Angriffspunkte am Fuß ermöglichen. Die Redression erfolgt mit Hilfe von Schraubenpelotten. Aus der Beschreibung und der Abbildung der Apparate geht deutlich die Zweckmäßigkeit ihrer Konstruktion hervor. **J. Riedinger** (Würzburg).

64) **J. Wieting** (Konstantinopel). Zur Verwertbarkeit der Mikulicz-schen Fußplastik.

(Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

Verf. erläutert an fünf Beispielen die große Bedeutung der Mikulicz'schen Resektion und Fußplastik für die operative Chirurgie. Den Wert einer zweckmäßigen und einfachen plastischen Operation wird am besten derjenige bemessen können, der fernab von den Kulturzentren seine ärztliche Tätigkeit ausübt, wo es nicht möglich ist, eine gute Prothese zu beschaffen. In dieser Hinsicht hat sich die Mikulicz'sche Operation in hervorragendem Maße bewährt. Verf. kann deshalb nur Worte der Anerkennung finden. Wenn auch zahlreiche Modifikationen der Operation möglich sind, von der Erhaltung fast des ganzen Fußes und seiner rechtwinkligen Ansetzung bis zu der ausgedehnten Entfernung aller Fußwurzelknochen und der axialen »Vorschuhung«, so besteht doch ein prinzipieller Zusammenhang. Deshalb tragen alle hierhergehörigen Operationen mit Recht den Namen ihres Erfinders.

Von den fünf mitgeteilten Fällen litten drei an Fußgelenktuberkulose, einer an Pseudarthrose und einer an einer Geschwulst im unteren Abschnitt der Tibia.

Verf. nimmt außerdem Veranlassung, einige Bemerkungen über Knochengeschwülste sowie über Prothesen einzuschalten. **J. Riedinger** (Würzburg).

65) **M. Sattler** (Sarajevo). Zwei Fälle von Mal perforant du pied nach Durchtrennung des Nervus ischiadicus als Spätfolge dieser Verletzung.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 13.)

Verf. berichtet die Krankengeschichten der beiden Fälle. Es handelte sich um eine Schuß- und eine Stichverletzung des Ischiadicus mit mehr oder weniger vollständiger Lähmung und Regeneration. In beiden Fällen faßt S. die wenn auch erst spät eintretenden hartnäckigen Erkrankungen an Mal perforant als direkte Folge der Anästhesie auf. **Schmieden** (Bonn).

66) **J. Ritscher.** Über Scharlachabszesse an der Hand eines Falles von Aneurysma arteriovenosum spurium carotidis comm. et jugul. int. infolge eines solchen.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

R. berichtet die Krankengeschichte eines 10jährigen Knaben, bei dem sich im Anschluß an einen Scharlachabszeß am Halse ein Aneurysma der Carotis und Jugularis ausbildete. R. erklärt das Zustandekommen solcher Aneurysmen durch Einbeziehung der Gefäßwand in den entzündlichen Prozeß: Der Eiter drückt zunächst auf die Gefäße, dann werden die Gefäßscheiden infiltriert und schließlich eitrig-nekrotisch. Die Venen werden dabei wegen ihrer dünneren und elastischeren Wandungen leichter komprimiert, als die Arterien und thrombosieren auch leichter infolge der geringeren Geschwindigkeit des Blutstromes. Die Gefäßruptur erfolgt dort, wo die nekrotisch gewordene Partie dem Blutdruck nicht mehr standhält. Bei solchen Rupturen besteht neben der Gefahr der Blutung auch die der Aufnahme von Eiter in die Blutbahn (Embolie und Sepsis).

Am Schluß der Arbeit weist R. darauf hin, daß man die Prognose auch eines zunächst unkompliziert verlaufenden Scharlachabszesses nicht ohne weiteres günstig stellen soll. **Silberberg** (Breslau).

67) **Hannsa.** Über die Behandlung lokaler Erfrierungen mit passiver und aktiver Hyperämie.

Inaug.-Diss., Greifswald, 1903.

H. gibt einen kurzen Überblick der Theorien und Behandlungsmethoden lokaler Erfrierungen und geht dann näher auf Beobachtungen und Untersuchungen von Ritter ein, durch welche die bislang für Erfrierungen als schädlich geltende Hyperämie als unschädlich und sogar heilsam erkannt wurde. Die von Ritter veröffentlichten Fälle werden um 23 neue vermehrt, von denen drei durch Stauungshyperämie, die übrigen durch aktive Hyperämie behandelt und geheilt wurden. Bei Anwendung von heißer Luft heilten Hände, welche von Geschwüren fast verunstaltet waren, in kürzester Zeit (5—20 Tage) ab. Schon nach dem ersten Behandlungstage schwanden alle subjektiven Symptome.

H. empfiehlt die Behandlungsmethode aufs wärmste.

Silberberg (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 31. Sonnabend, den 1. August. 1903.

(Aus dem Bürgerhospital zu Köln. Geh.-Rat Prof. Dr. Bardenheuer.)

Über die Operation der puerperalen Mastitis.

Von

Dr. Eugen Hopmann,
Assistenzarzt.

Die puerperale abszedierende Mastitis wird im allgemeinen derart operiert, daß man die einzelnen Abszesse und eitrigen Infiltrationen der erkrankten Milchdrüse breit eröffnet und ausgedehnt drainiert. Die Schnittrichtungen liegen dabei radiär zur Mammilla; letztere wird natürlich geschont.

Die Heilung der Mastitis wird bei diesem Operationsverfahren meist sicher in einer Sitzung erreicht und die Funktion der Milchdrüse durch die Schnitte nicht übermäßig gefährdet.

Der Vorwurf jedoch kann dem Operationsverfahren gemacht werden, daß die zur Ausheilung nötige Zeit meist recht lang ist, und daß die Narben auf der weiblichen Brust, namentlich wenn sie in der oberen Hälfte liegen, eine Entstellung bedeuten.

Um die Heilungsdauer abzukürzen hat J. Boeckel (Straßburg) in der Gaz. méd. de Straßbourg 1891 Nr. 10 (ref. Zentralblatt für Gynäkologie 16. Jahrgang 1892 Nr. 6) angegeben, nach Entleerung des Eiters durch Inzision die erkrankte Partie mittels zweier eliptischer Schnitte im gesunden zu umschneiden, die Wunde auszuwaschen und mit tiefen und oberflächlichen Nähten zu schließen.

Dieses Verfahren, das wohl nicht allzuoft nachgemacht sein dürfte, da es bei einer etwas ausgedehnteren Erkrankung einer Zerstörung der Milchdrüse gleichkommt, ist der einzige Vorschlag, von dem allgemein üblichen Operationsmodus abzuweichen, der sich bei eingehender Literaturdurchsicht als veröffentlicht fand.

In folgendem ist eine Art, die Mastitis zu operieren, angegeben, bei der sich eine schnelle Ausheilung der Abszesse, die Vermeidung irgend einer Entstellung und wohl auch die größtmögliche Schonung der Milchdrüse, besonders der vorn gelagerten Milchkanäle, erzielen läßt. Das Verfahren ist von Geh.-Rat Prof. Dr. Bardenheuer zuerst in der 20. Sitzung des allgemeinen ärztlichen Vereins zu Köln mitgeteilt worden.

Die Brust wird in der unteren Hälfte halbkreisförmig umschnitten, stumpf von der Fascie des Musc. pectoralis maj. abgehoben und mit Haken nach oben umgeklappt erhalten. Dann werden die Abszesse bei radiärer Schnittrichtung breit von hinten geöffnet und ausgeräumt, in jede Höhle ein breites Drainrohr eingelegt und die Brust wieder zurückgeklappt. Jetzt liegen die Drainagen, von unten nach oben in die Abszesse eingeführt, unter der Brust hervorragend, in der denkbar günstigsten Lage, um dem Eiter ungehinderten Abfluß zu verschaffen. Durch diese günstige Drainage heilen die Abszesse schnell aus. Bei der ersten derart operierten Pat., die eine Infiltration der beiden unteren und teilweise auch der oberen Quadranten hatte, konnte die Drainage am 14. Tage entfernt werden, vom 16. Tage an konnte die Pat. das Bett verlassen.

Die Operationsnarbe liegt unter der unteren, meist ja etwas überhängenden Partie der Brust kaum sichtbar, ferner können die größeren, nicht tief unter der Haut liegenden Milchausführungsgänge bei der Inzision von hinten her wohl fast vollkommen geschont werden.

Ein Mißstand hat sich bei der zuerst operierten Pat., bei der man außer einigem Touchieren der Granulationen die Ausheilung der Operationswunde sich selbst überließ, gezeigt. Die abgehobene Brust heilte ganz gut wieder an, die Operationswunde schloß sich

gut von den Seiten her, nur mitten unten bleibt ein Granulationsspalt, der sich recht langsam schließt. Eine sekundäre Naht kann in der Richtung die Heilung wohl sehr beschleunigen[1].

Bei einer zweiten Pat. wurde, gleich nachdem die ganze Brust wieder zurückgeklappt war, die Hälfte der Operationswunde mit einigen Nähten geschlossen und nur ca. $^1/_4$ des Umfanges offen gelassen, um die Drainage nach außen zu leiten. Die Nähte haben gut gehalten, und das Wiederanheilen der zurückgeklappten Brust ist dadurch beschleunigt.

Der Abszeß lag bei diesem Falle oberhalb der Mammilla, ziemlich auf der Grenze der beiden oberen Quadranten, wenig tief unter der Haut. Trotzdem war er bequem von unten her zu eröffnen. Die Drainage wurde diesmal gleich an dem oberen, lateralen Schnittwinkel herausgeleitet, einmal, weil dies von der Abszeßstelle aus der kürzeste und dabei doch gut von oben nach unten abfallende Weg zur Peripherie der Brust war, dann auch, weil — wie schon mitgeteilt — der mediale und der untere Teil des Hautschnittes durch Naht geschlossen werden sollte.

Bardenheuer glaubt dieses Operationsverfahren für jeden im Parenchym der Milchdrüse gelegenen größeren Abszeß empfehlen zu sollen; für den submammären Abszeß ist ja schon seit langem eine ähnliche Operationsweise üblich. Ferner ist bei zirkumskripten, gutartigen Tumoren das Aufwärtsklappen der Mamma und das Auslösen der Geschwülste von der Unterfläche her eine seit ihrer Empfehlung von G. Thomas im Jahre 1882 mannigfach geübte Operation.

Im Anschluß an die eben beschriebene Operation der intraparenchymatösen Mammaabszesse noch die Mitteilung, daß Bardenheuer ein analoges Verfahren zur Exstirpation der Bursitis praepatellaris in zwei Fällen mit günstigem Erfolge angewandt hat. Das Verfahren ist folgendes: etwas unterhalb der entzündlichen Schwellung wird ein bogenförmiger, dem unteren Patellarrande paralleler Schnitt geführt, dann die Haut mit dem Unterhautfettgewebe und der Bursa von der Patella abpräpariert, aufwärts geklappt und die Bursa ganz ausgeschält. Der zurückgeklappte Lappen wird an seinem unteren Rande mit einigen Nähten fixiert.

---

1) **Eulenburg, Kolle** und **Weintraud.** Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden und ihrer Anwendung auf die spezielle ärztliche Diagnostik.

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1903.

Unter Mitwirkung hervorragender Fachgelehrten geben die genannten Autoren ein Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden heraus, dessen ersten Bandes erste Hälfte soeben im Buchhandel erschienen ist. Das ganze Werk soll zwei Bände umfassen: I. Bd. Me-

[1] Die sekundäre Naht ist inzwischen mit bestem Erfolg gemacht worden.

thodische Diagnostik: 1) chemische Untersuchungsmethoden, 2) mikroskopische Untersuchungsmethoden, 3) bakteriologische, 4) physikalische Untersuchungsmethoden, 5) Perkussion und Auskultation. II. Bd. Untersuchung der einzelnen Organe und Organsysteme (in 14 einzelnen Abschnitten). Die Verff. haben sich vorgenommen, vor allen Dingen dem Praktiker ein gutes Hand- und Nachschlagebuch zu schaffen und suchen daher die wissenschaftliche Kontroverse möglichst aus dem Bereiche des Buches zu verbannen. Gerade aus diesem Grunde wurde die Bearbeitung der einzelnen Kapitel bereits erprobten Spezialbearbeitern übertragen. Sowohl die Namen derselben als dasjenige, was bereits im Druck vorliegt, leisten Gewähr für die gute Vollendung des Unternehmens, das von vornherein mit Freuden zu begrüßen ist. Sachlich auf den Inhalt einzugehen, wird sich erst nach weiterem Fortschritt der Drucklegung empfehlen.

Tietze (Breslau)

---

2) **A. Buschke.** Die Blastomykose.

(Bibliotheca medica — Erwine Naegele.)
Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1902.

In einer ausführlichen Monographie mit neun Buntdrucktafeln hat B. seine jahrelangen Arbeiten über Blastomykose, welche zum Teil bereits an anderen Stellen in mehr oder weniger ausführlicher Weise veröffentlicht waren, zusammengefaßt.

Die erste einwandsfreie Arbeit über pathogene Hefepilze, und zwar bei Kaninchen, stammt aus dem Jahre 1891 von Baum; die nächste Arbeit, von Tokishige in Tokio aus dem Jahre 1893, schildert eine bei Pferden endemische Sproßpilz-Erkrankung; erst Busse und Buschke führten 1894 den Nachweis, daß Blastomyceten beim Menschen als Krankheitserreger auftreten können. Unabhängig von Busse und Buschke machte zu gleicher Zeit Gilchrist Mitteilung von einer menschlichen Hauterkrankung, welche auf Hefen zurückzuführen sei.

Die Hefepilze stellen einzellige, zu Fäden auswachsende, oft Fettröpfchen und Glykogen enthaltende Gebilde dar, welche durch Sprossung und Sporenbildung sich fortpflanzen. Sie bedürfen zu ihrem Wachstum zumeist des Sauerstoffes, nur wenige wachsen unter Luftabschluß. Sie haben die Eigenschaft, Zucker in Alkohol und Kohlensäure zu vergären.

B. untersuchte vier verschiedene Arten von Hefen, welche sich durch kulturelles und sonstiges biologisches Verhalten unterscheiden. Sie gehören zum Teil zu den Oidien, welche eine Mittelstufe zwischen den Hefen und Schimmelpilzen darstellen, zum Teil zu den reinen Hefen. Unter der Bezeichnung »reine Hefen« werden zusammengefaßt die Kulturhefen der Gärungsindustrie und die wilden Hefen, welche teils als zufällige Nebenbefunde bei der Gärung, teils als Krankheitserreger in den Geweben oder sonstwo in der Natur sich vorfinden.

Beim Menschen sowohl wie beim Tier stellt die Haut das wesentlichste und zum Teil auch primäre Ansiedlungsgebiet der Hefepilze dar. Die Hautaffektion entwickelt sich chronisch oder subakut; die Entstehungsdauer schwankt zwischen sechs Tagen und zehn Wochen.

Es entsteht zunächst ein infiltriertes Akneknötchen, welches durch Übergang in Nekrose sich in ein kraterförmiges Geschwür mit unterminierten, wallartigen, lividen Rändern umwandelt und ein bräunlichrotes, krümeliges Sekret absondert.

In den frisch eröffneten Ulzerationen finden sich die Hefepilze rein, ohne Beimengung anderer Mikroben, teils freiliegend, teils im Innern von Riesenzellen oder Epithelzellen.

B. glaubt, daß die Hefen in die Zellen hineinwachsen; sie vernichten das Epithel und bringen nicht, analog dem Karzinom, eine Vermehrung desselben zustande.

Die menschliche Blastomykose zeigt eine akute und chronische Form, histologisch eine den infektiösen Granulationsgeschwülsten und eine der Mykose zuzuweisende Form; sie entwickelt sich zu Geschwüren mit skrofulodermaähnlichem Aussehen oder zu papillären Wucherungen, ähnlich der Tuberculosis verrucosa cutis, oder schließlich zu Geschwülsten, welche zerfallen.

Die Tierblastomykose ist im wesentlichen eine Hauterkrankung mit häufiger Beteiligung der Schleimhäute der oberen Luftwege; sie pflanzt sich kontinuirlich gelegentlich auf tiefere Gewebe und Organe fort und verbreitet sich in den Lymphbahnen, ohne aber — wie beim Menschen — häufig innere und Knochenmetastasen zu erzeugen.

Das Tierexperiment bewies, daß zur Erzeugung einer Hautblastomykose eine Verletzung der Hautdecke erforderlich ist, daß aber auch von tieferen Herden aus der Prozeß sich auf die Haut fortleitet, und zwar sowohl von Lymphdrüsen und Lymphgefäßen aus, als auch auf embolisch-metastatischem Wege.

B. führt 19 Fälle menschlicher Blastomykose an, welche in den letzten Jahren von verschiedenen Autoren veröffentlicht wurden: bei allen entwickelte sich aus Flecken, Knötchen oder Bläschen eine warzen- oder blumenkohlähnliche Geschwulst mit abszeßähnlicher Einschmelzung und chronischem Verlaufe. Fast alle Fälle sind in Amerika beobachtet oder stammen von dort.

Die Blastomykose der inneren Organe, Knochen etc. kommt durch Vermittlung der Lymphbahnen und Lymphdrüsen zustande. In den Drüsen vermehrt sich der Pilz derart, daß von der eigentlichen Drüsensubstanz kaum noch Reste vorhanden sind; erst von den Lymphbahnen aus werden die Pilze in die Blutbahn hineingeschwemmt.

Unter den Kulturhefen sind bislang krankheitserregende Hefenpilze noch nicht gefunden worden; sie halten sich im Tierkörper nur ca. 6 Stunden, dann zerfallen sie, und zwar nach Gilkinet's Anschauung infolge der Serumeinwirkung.

Unter den wilden Hefen aber (z. B. in Fruchtsäften, in württembergischem Landwein) gibt es Arten, von denen schon kleinste Mengen durch Wachstum im Blute und den Gewebssäften Tiere töten oder lokale Gewebsveränderungen am Infektionsorte oder Körperinnern hervorrufen.

Die Blastomykose verläuft zwar unter klinisch mannigfachen Bildern, ihre Veränderungen gehen aber über das Stadium der histologischen Entzündung nicht hinaus. Die geschwulstartige Form kann mitunter zur Verwechslung mit einer bösartigen Geschwulst führen, wirkliche Zellenmetastasen — wie bei bösartigen Geschwülsten — fehlen aber: die Hefepilze sind daher nicht als die Ursache der bösartigen Geschwülste anzusehen.

Diese kurze Inhaltsangabe der B.'schen Monographie kann nur annähernd andeuten, welche Fülle sorgsamster, gewissenhaftester Arbeit darin niedergelegt ist. Das eingehende Studium der Arbeit ist dringend zu empfehlen.

Chotzen (Breslau).

---

3) **Chalmers da Costa.** Carcinomatous changes in an area of chronic ulceration or Marjolin's ulcer.

(Annals of surgery 1903. Nr. 4.)

Marjolin's Geschwür nennt C. die chronischen Haut- oder Schleimhautgeschwüre, auf deren Boden sich ein Karzinom entwickelt, da diese Art Geschwüre zuerst von dem Pariser Prof. Marjolin beschrieben seien. Die das Karzinom bedingende unregelmäßige Epithelwucherung geht nicht aus einer Umwandlung des Bindegewebes in Epithel, sondern immer aus vorhandenen Epithelzellen (der Schweiß- oder Haardrüsen) hervor. Es wird nicht immer gleich das ganze Geschwür, sondern zunächst nur die Hälfte oder ein Drittel karzinomatös. Fortschreitende Verhärtung der Geschwürsränder, das Auftreten von Blutungen und bohrenden Schmerzen müssen bei einem chronischen Geschwür den Verdacht erwecken, daß eine karzinomatöse Degeneration eingesetzt hat. Frühe mikroskopische Untersuchung ist notwendig, da derartige Geschwüre leicht für syphilitische oder tuberkulöse gehalten werden können. Sobald der karzinomatöse Charakter eines an den Gliedmaßen sitzenden Geschwürs festgestellt ist, besteht die einzige Behandlung in der Amputation und der Ausräumung der meistens vergrößerten bezüglichen Lymphdrüsen; und zwar soll, wenn das Geschwür am Unterschenkel sitzt, stets oberhalb des Kniegelenks amputiert werden. Röntgenstrahlen sollen zur Behandlung von Marjolin's Geschwür nur dann zugelassen werden, wenn die Operation verweigert wird.

Herhold (Altona).

---

4) **Berg.** Urethroplasty.

(Annals of surgery 1903. Nr. 4.)

Damit bei Harnröhrendefekten eine heilende Plastik gelinge, sind nach dem Verf. als Vorbedingungen nötig: ein normaler Urin,

eine Toleranz der Harnröhre und Blase zum Ertragen eines Verweilkatheters und strenge Asepsis und Antisepsis beim Operieren.

Er unterscheidet drei Typen der Urethroplastik: 1) Mobilisierung der Stümpfe und Dehnung der Enden bis zur direkten Vereinigung mit Katgutnähten nach Lembert. Über diesen Nähten, welche alle Schichten der Harnröhre mit Ausnahme der Schleimhaut durchdringen, wird das perineale Gewebe und die Haut vernäht. 2) Die Guyon'sche Operation, bei welcher die Harnröhrenenden angefrischt und mobilisiert werden. Hierauf wird ein weicher Katheter von der Harnröhrenmündung aus durch die zerissenen Harnröhrenenden in die Blase geführt und über ihm rings herum das perineale Gewebe vernäht. 3) Die dritte Methode besteht in der Bildung eines neuen Kanals aus Haut oder Schleimhaut, Einschaltung zwischen beiden Harnröhrenenden und Vernähung mit denselben. Die letztere Methode hält Verf. für die schwierigste und unsicherste, die beiden ersten Methoden verdienen nach ihm den Vorzug.

Nach der zweiten Guyon'schen Methode hat er 2 Fälle von Harnröhrenzerreißung, die er näher beschreibt, mit Erfolg behandelt. In beiden Fällen bestand übrigens noch der obere Teil der Harnröhre als Brücke zwischen den unten ziemlich weit auseinander gewichenen Harnröhrenenden. **Herhold** (Altona).

---

5) **P. Stolper.** Zur Diagnose der subkutanen Harnblasenrupturen.

(Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1903. Nr. 6.)

Die diagnostischen Schwierigkeiten bei den subkutanen Blasenrupturen sind erhebliche, auch wenn gleichzeitig Beckenfraktur, die dann immer eine Beckenringbiegungsfraktur ist, vorliegt. Weder Blutharn noch Harndrang bei Unfähigkeit zum Urinieren sind in fraglichen Fällen pathognomonisch für Blasenruptur, da beide auch durch Harnröhrenzerreißung hervorgerufen werden können. Glattes Eindringen des Katheters in die Blase läßt dabei die Harnröhrenzerreißung nicht mit Sicherheit ausschließen. Auch Art und Größe des Traumas geben keinen zuverlässigen Anhalt, da Beckenbrüche gerade am Schambogen häufig durch Gewalten zustande kommen, die fern von der Blase und Harnröhre angreifen.

Noch größer sind die diagnostischen Schwierigkeiten bei subkutanen Blasenrupturen ohne ernstliche Beckenverletzung, da uns dann oft jeder Maßstab für die Größe des Traumas fehlt. Peritonitische Symptome, wie Kollaps, Erbrechen, Spannung und Empfindlichkeit der Bauchdecken, können fehlen, desgleichen ferner Hämaturie, Urinretention vermißt werden, andererseits kann der Urin event. noch unter Druck entleert werden. Zwei Fälle mit ungünstigem Ausgange, in denen wegen anscheinend günstigen Verlaufs die Laparotomie unterlassen wurde, illustrieren die Ausführungen des Verf. In einem der Fälle fanden sich bei durch die Sektion

als gesund erwiesenen Nieren bis zu 10% Eiweiß und hyaline und gekörnte Zylinder im Urin. Der Eiweißgehalt wird durch den an der Rißstelle vorhandenen Entzündungsprozeß erklärt, die Zylinder scheinen Fibringerinnsel gewesen zu sein, die echten Nierenabstoßungen täuschend glichen.

Die Cystoskopie verwirft Verf. wohl mit Recht zur Diagnosestellung (Ref. erlebte einen Fall, in dem durch Blasenspülung bei bisher leidlichem Allgemeinbefinden rapide Verschlechterung und nach $1^1/_2$ Stunden der Tod eintrat). Verweilkatheter ist weder bei extra- noch bei intraperitonealer Ruptur empfehlenswert; die einzig richtige Therapie besteht in möglichst frühzeitiger Laparotomie, bei Verdacht auf extraperitoneale Ruptur in vorheriger Eröffnung des prävesikalen Raumes. **Willi Hirt** (Breslau).

---

6) **Israel.** Über funktionelle Nierendiagnostik.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

7) **Casper und Richter.** Was leistet die funktionelle Nierendiagnostik?

(Ibid.)

8) **Israel.** Über die Leistungsfähigkeit der Phloridzinmethode.

(Ibid.)

In seiner Kritik, wie weit unsere Untersuchungsmethoden imstande sind, zu bestimmen, ob jede einzelne Niere für sich genügend funktioniert, geht I. davon aus, daß notwendige Voraussetzung dazu sein muß, die Erkenntnis der Suffizienz oder Insuffizienz der gesamten Nierentätigkeit. Er zeigt nun an Beispielen aus seiner reichen Erfahrung, daß unsere Methoden diese Erkenntnis nicht immer geben, auch nicht die Blutgefrierbestimmung nach Koranyi. I. wendet sich sodann zur Frage, wie weit die Gefrierpunktsbestimmung und die Zuckerausscheidung nach Verabreichung von Phloridzin des gesondert aus jeder einzelnen Niere aufgefangenen Harns ein Bild von der Funktion jeder Niere geben kann. Er zeigt, daß die physiologischen Voraussetzungen der Phloridzinmethode irrige sind; sie gibt uns keine Gewißheit, sondern nur eine gewisse Wahrscheinlichkeit über die Funktion einer Niere, sie sagt nichts aus über die absolute Größe und Kompensationsfähigkeit der nach einer Nephrektomie zurückbleibenden Niere.

C. und R. wenden sich in ihrer Erwiderung auf diesen Israel'schen Aufsatz gegen seine Ausführungen. Sie betonen, daß die Phloridzinmethode zuweilen allein ausreicht, den Sitz der Erkrankung zu erkennen, und daß sie dadurch eines der wichtigsten Postulate der Chirurgie, nämlich die Frühdiagnose, ermögliche. Sie stützen sich besonders auf die Erfahrung, daß von 88 Operierten, bei denen die Phloridzinmethode zur Diagnose verwendet wurde, keiner am Nierentod gestorben sei.

I. zeigt in seiner Entgegnung, daß Casper und Richter ihre früher sehr bestimmten Angaben erheblich abgeschwächt haben, daß sie bei Nichtkongruenz der Kryoskopie und der Phloridzinmethode willkürlich verfahren seien; die Phloridzinmethode gebe an ein und derselben Person sehr wechselnde Resultate. Die von Casper und Richter angeführten Operationserfolge seien kein Beweis für die Phloridzinmethode, da I. selbst ohne Anwendung der Methode ebensowenig einen Operierten am Nierentod verloren habe; bei Verlassen auf die Phloridzinmethode würde mancher unoperiert bleiben, der durch die Operation gerettet werden könne. Er warnt davor, sich durch Überschätzung der Leistungsfähigkeit der Phloridzinmethode eine diagnostische Sicherheit vorspiegeln zu lassen, die tatsächlich nicht vorhanden ist.

Haeckel (Stettin).

---

9) **W. Stoeckel.** Zur Diagnose und Therapie der Blasen-Nierentuberkulose bei der Frau.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. I. Hft. 2.)

S. ist auf Grund ausgedehnter Erfahrungen der Meinung, daß die tuberkulöse Nephritis und Cystitis bei der Frau häufiger vorkommt als gemeinhin angenommen wird, daß der Prozeß aber nicht selten unerkannt bleibt oder ganz übersehen wird. Sehr häufig werden von Gynäkologen bestehende Blasensymptome als sekundäre betrachtet, auf abnorme Zustände am Uterus bezogen, während es sich tatsächlich um primäre Nieren-Blasenerkrankungen handelt. Gerade die tuberkulöse Cystitis kann aber sehr unauffällig verlaufen, so daß man sie suchen muß, um sie zu entdecken. Hierbei ist das Cystoskop ein unentbehrliches und sicheres Hilfsmittel; mit diesem sieht man denn auch sehr häufig, daß die Blasenerkrankung von einer Harnleitermündung ihren Ausgang genommen hat und, wie die allermeisten tuberkulösen Cystitiden, durch Infektion von einer tuberkulösen Niere aus entstanden ist. Die eingehende Besprechung der cystoskopischen Diagnose ist im Original nachzulesen. Bei geschickter Handhabung hat die Cystoskopie auch bei der tuberkulösen Cystitis keine schädlichen Folgen, verboten ist aber die Katheterisation des gesunden Harnleiters, während die des kranken manchmal notwendig ist. Die Therapie hat, wenn angängig, in der Nierenexstirpation zu bestehen, während die Blasentuberkulose bisher nicht operativ behandelt wurde. Die hierbei erzielten Erfolge werden an mehreren Krankengeschichten demonstriert; durch zwei eingehend geschilderte Fälle wird bewiesen, daß der Verlauf einer Nieren-Blasentuberkulose sehr latent sein kann, so daß nur die darauf gerichtete cystoskopische Untersuchung das Grundleiden aufzudecken vermag.

Bertelsmann (Hamburg).

---

10) **D. Bevan.** The surgical treatment of anuria.

(Annals of surgery 1903. Nr. 4.)

B. beschreibt zunächst einen Fall, in welchem er 6 Tage nach dem Einsetzen der Anurie die linksseitige Nephrotomie ausführte, weil hier eine fluktuierende Geschwulst zu fühlen war. Als die Erscheinungen der Anurie nicht schwanden, auch aus der Wunde des gespaltenen hydronephrotischen Sackes nur wenig Harnstoff enthaltende Flüssigkeit abfloß, wurde die rechte vergrößerte Niere nephrotomiert. Aus dieser letzteren Wunde entleerte sich in der folgenden Zeit der ganze Urin, in die Blase gelangte immer noch nichts. Daher wurde durch eine dritte Operation ein Drainagerohr durch die gespaltene rechte Niere, das betreffende Nierenbecken und den Harnleiter in die Harnblase geführt. Erst jetzt wurde der Urin nach und nach wieder auf natürlichem Wege entleert. Verf. hält die Anurie für ein Symptom irgend einer Krankheit, nicht für eine Krankheit. Er will drei Arten der Anurie unterschieden wissen: 1) Die durch Verschluß des Harnleiters bedingte bei nur einer funktionsfähigen Niere oder durch Verschluß beider Harnleiter. 2) Die reflektorische oder paralytische, bedingt a. durch intrarenale Pression einer Niere bei Harnleiterverstopfung und reflektorischer Unterdrückung auch der Funktion der anderen Niere, b. durch reflektorische Reizung einer Niere nach Nephrektomie der anderen, c. durch Traumen einer oder beider Nieren, d. durch Hysterie. 3) Die nicht obstruktive oder nephritische Art, bedingt durch Entzündung oder Schädigung des Nierengewebes durch Scharlach, Chloroform, Phosphor, septisches Urethralfieber, chronische tuberkulöse etc. Zerstörung beider Nieren. Der chirurgische Eingriff ist nach B. indiziert bei der obstruktiven und reflektorischen Form der Anurie und soll nicht später als 48 Stunden nach dem Einsetzen derselben ausgeführt werden. Wenn die medikamentösen Mittel bei der dritten Form (der nephritischen) versagen, soll auch hier chirurgisch eingegriffen werden.

Herhold (Altona).

---

11) **Johnson.** Results of decapsulation of the kidney.

(Annals of surgery 1903. Nr. 4)

J. entfernte bei 15 Hunden an einer Niere die Nierenkapsel und reponierte die Niere wieder an die ursprüngliche Stelle. Nach einiger Zeit wurden die Hunde getötet und mikroskopische Untersuchung der entkapselten Niere vorgenommen. Es zeigte sich, daß von den normalerweise vorhandenen zwei Lagen der Nierenkapsel immer nur die äußere bei dem Eingriff entfernt war, während die innere fest mit dem Nierengewebe verbunden blieb. Auf der Oberfläche dieser inneren Lage bildete sich ein fibrinöses Exsudat, das nach und nach sich organisierte und mit der inneren Lage innig verschmolz. In der Umgebung der Niere bildeten sich Verwachsungen, jedoch konnte niemals eine bemerkenswerte Anastomose zwischen

den renalen und perirenalen Blutgefäßen entdeckt werden. Aus dieser letzteren Beobachtung geht nach dem Verf. hervor, daß die Ansicht Edebohl's über den Heilwert der Entkapselung bei Bright'scher Niere nicht zu Recht bestehe, daß durch diese Entkapselung im perinealen Bindewebe neue mit der Niere anastomosierende Blutgefäße gebildet werden sollen, welche das Blut aus der kongestionierten Bright'schen Niere ableiteten. **Herhold** (Altona).

---

12) **E. Neter.** Beiträge zur Kenntnis der weiblichen Genitaltuberkulose im Kindesalter. (Aus der inneren Abteilung des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses in Berlin. Direktor: Prof. Dr. A. Baginsky.)

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. XXXVI. Hft. 3—6.)

N. veröffentlicht 3 Fälle von sekundärer und eine primäre Genitaltuberkulose und kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Die weibliche Genitaltuberkulose im Kindesalter kommt primär vor (zumeist in Form der Tubentuberkulose).

2) Sie kann den Ausgangspunkt einer Peritonealtuberkulose bilden.

3) Es ist deshalb bei der Diagnose einer Tuberkulose des Bauchfells dieses ätiologische Moment zu berücksichtigen, eventuell bei einer Operation die Adnexe daraufhin nachzusehen.

4) Vaginalfluor ist bei Verdacht auf Peritonealtuberkulose oder bei skrofulösen, anämischen Mädchen stets auf Tuberkelbazillen zu untersuchen. Der negative Ausfall schließt eine Genitaltuberkulose nicht aus. **A. Niché** (Breslau).

---

13) **Halban.** Zur Therapie der Gynatresien. (Aus der Schauta'schen Klinik in Wien.)

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLIX. Hft. 1.)

H. bespricht im vorliegenden Aufsatz die modernen Bestrebungen der Gynäkologen, das konservative Prinzip auch auf die Behandlung der Gynatresien auszudehnen. Von den tiefsitzenden Atresien (Hymenal- bezw. tiefer Scheidenverschluß), deren Therapie durch Eröffnung der Verschlußmembran leicht gegeben sei, absehend, verlangt H. auch für die Behandlung der höher sitzenden Atresien Beseitigung der Beschwerden durch Hysterostomie nach der Vagina zu unter Erhaltung des Geschlechtscharakters und, wenn möglich, auch der Konzeptionsfähigkeit. Auf die letztere darf oder muß nur dann verzichtet werden, wenn eine event. eintretende Gravidität sichere Lebensgefahr für die Pat. herbeiführen würde. Der gegebene Weg ist dabei meist der abdominale, der zunächst die genaue Diagnose und Indikationsstellung ermöglicht und ferner der technisch leichtere, in vielen Fällen endlich der einzig mögliche ist. Komplizierende Hämatometra und Hydrosalpingen,

rudimentäre Nebenhörner und Geschwülste werden bei der Laparotomie leicht erkannt und entfernt, event. sterilisierende Keilexzisionen der Tubenwinkel angeschlossen, und endlich ist der Weg durch die Atresien von oben her nach Eröffnung der Hämatometra auf ihrer Höhe leicht zu finden und die Plastik anzuschließen; es gelingt von oben leicht, selbst den Fundus bei fehlender Cervix in die Scheide einzupflanzen. Zwei operativ geheilte Fälle erläutern seine theoretischen Ausführungen, welche schon vor ihm Pfannenstiel (Festschrift für Geheimrat Fritsch) nach analogen Gesichtspunkten ausgesprochen hat. Pfannenstiel's Aufsatz und Fälle scheinen jedoch dem Verf. unbekannt geblieben zu sein. **Kroemer** (Gießen).

---

14) **Humiston.** The advantages of the vaginal operation in obese patients.

(Pacific med. journ. 1903. April.)

Bei sehr fetten Individuen zieht H. die vaginale Entfernung des Uterus der abdominalen Methode vor. Die vaginale Operation ist in viel kürzerer Zeit auszuführen, und ist das von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit, da fette Personen gegen länger dauernde Operationen wenig widerstandsfähig sind. Hinzu kommt noch, daß sich oft die Unterleibsorgane schwer über die fetten Bauchdecken ziehen lassen und dadurch schädliche und zu Infektionen prädisponierende Zerrungen der Gewebe bedingt sind. Auch soll nach dem Verf. fettreiches Gewebe wegen mangelnden Blutreichtums keine gute Heilungstendenz haben. H. entfernte den Uterus bei einer 281 Pfund wiegenden Dame vaginal in 35 Minuten, wobei ihm die vorherige Spaltung des Uterus die Operation sehr erleichterte.

Herhold (Altona).

---

15) **v. Franqué** (Prag). Über Chorioepithelioma malignum. (Aus der Würzburger Frauenklinik.)

(Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XLIX. Hft. 1.)

v. F., welcher bereits früher einen charakteristischen Fall der so bösartigen Geschwulstart mitteilte, berichtet über drei neue an der Würzburger Frauenklinik beobachtete Fälle, die in histologischer und klinischer Hinsicht interessante Schlußfolgerungen ermöglichten. Zunächst bestätigen sie in jeder Beziehung die klassischen Schilderungen Marchand's. Auch v. F. unterscheidet mit Marchand eine typische und eine atypische Form, welche letztere durch das Fehlen der großen Ektodermzellen charakterisiert ist, aber stets auch von den Chorionelementen ausgeht. Winkler's gegenteilige Behauptungen hält v. F. mit Marchand für grundlos und unbewiesen. — In klinischer Hinsicht interessant ist die Tatsache, daß die meist frühzeitig entstehenden Metastasen selbst nach Spontanausstoßung der Schwangerschaftsreste aus dem Uterus, das heißt beim Fehlen einer primären Uterus-

geschwulst für sich wachsen und zum Tode führen können. Es kann also ein Chorionepitheliom selbst nach Beseitigung des ätiologischen Faktors im Uterus aus verschleppten Zottenbestandteilen an einer entfernten Körperstelle (Lunge, Niere, Gehirn) entstehen. Andererseits muß nach den klinischen Erfahrungen die Möglichkeit zugegeben werden, daß in gewissen Fällen eine einmalige oder wiederholte energische Evakuation des Uterus zur Radikalheilung genügt, und daß selbst nach dieser relativ einfachen lokalen Therapie Lungenmetastasen, welche bereits klinische Erscheinungen machen, wieder zurückgehen und vom Körper überwunden werden können.

Kroemer (Gießen).

---

16) **Douglas.** Primary retroperitoneal solid tumors.

(Annals of surgery 1903. Nr. 3. p. 372.)

Wegen hartnäckiger Koliken und andauernder Stuhlverhaltung, welche Zustände mit Anschwellung des Leibes verbunden waren, wurde bei einem Mädchen von 31 Jahren die Laparotomie ausgeführt und nach Spaltung des hinteren Parietalblattes des Bauchfelles ein $14^1/_2$ Pfund schweres Lipomyxom, das teilweise sarkomatös entartet war, mit günstigem Erfolge entfernt. Unter Benutzung der ihm zugänglichen Literatur bespricht Verf. diese Art der Geschwülste.

Retroperitoneal kommen nach ihm vor: Lipome, Fibrome, Myxome, Sarkome und deren Mischformen; länger bestehende gutartige Geschwülste neigen zu sarkomatöser Entartung. Die Geschwülste können ausgehen vom retroperitonealen Bindegewebe, den Gekrösdrüsen, von den Gefäßscheiden, der Wirbelsäule und vom Becken. Die klinischen Symptome, welche durch sie hervorgerufen werden, sind folgende: Digestions- und Atmungsstörungen, Dislokation der Nieren, Abmagerung, Leibschmerzen, Ascites, Ödem der Beine, Erweiterung der Hautvenen am Unterleibe. Nur die retroperitonealen Geschwülste sind beweglich, welche vom Mesenterium direkt ausgehen. Die Konsistenz der Geschwülste ist verschieden, hart, weich, elastisch etc. Ist die Neubildung sehr gewachsen, so wird das Colon ascendens und transversum nach unten gedrängt, und zwischen Geschwulst und Leber findet sich kein Darmton; bei Trendelenburg'scher Hochlagerung ist der Schall in den tiefsten Teilen des Leibes tympanitisch, in den oberen Teilen leer, es soll dieses für große retroperitoneale Geschwülste charakteristisch sein.

Die Operation ist möglichst frühzeitig vorzunehmen und soll in der Ausschälung der Geschwulst, wenn irgend ausführbar, bestehen.

Herhold (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

17) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

132. Sitzung, den 11. Mai 1903.

Vorsitzender: Herr Schjerning.

1) Herr Niehues: Über die Behandlung von Larynxstenosen und Trachealdefekten.

N. berichtet über drei derartige Fälle aus der Schede'schen Klinik, bei denen die Larynxstenose und die Trachealdefekte durch Perichondritis laryngea typhosa entstanden waren, welche eine Tracheotomie nötig gemacht hatten. Im ersten Falle war die Larynxstenose durch Vorwölbung der hinteren Wand des erweichten Ringknorpels in das Kehlkopflumen bedingt; sie wurde durch quere Resektion des Ringknorpels und Annähung des ersten Trachealringes an den unteren Rand des Schildknorpels beseitigt. Es fehlten ferner die Vorder- und Seitenflächen der ersten drei Trachealringe, Deckung des Defektes wurde erzielt nach Mangoldt durch Übertragung eines Rippenknorpelstückes unter die seitliche Halshaut, Bildung eines gestielten, dieses Stück tragenden Hautlappens mit der Basis am Zungenbein und Einpflanzung in den Defekt. Dauernde Heilung.

Bei dem zweiten Kranken war der Ringknorpel infolge Ausstoßens eines 1 qcm großen Knorpelstückes aus der Vorderwand zusammengefallen; beide Stimmbänder standen infolge Ankylose der Cricoarythänoidgelenke unbeweglich in der Mittellinie fest. Dilatation des Ringknorpels mit Thost'schen Bolzen von der Trachealwunde aus, der Stimmritze mit Schrötter'schen Bougies von der Mundhöhle aus. Der die vier ersten Trachealringe umfassende Defekt wurde durch Bildung eines gestielten Haut-Periost-Knochenlappens aus dem Schlüsselbein nach Photiades und Lardy geschlossen, ohne Erfolg, da der Knochen sich nekrotisch ausstieß; auch der Ringknorpel verengerte sich wieder. Es wurde nun das Mangoldt'sche Verfahren angewandt, um Stenose und Defekt gleichzeitig zu beseitigen. Das obere Ende des unter die Halshaut eingeheilten Rippenknorpels wurde in den in der Mittellinie gespaltenen Ringknorpel eingenäht, das untere in den Trachealdefekt eingepflanzt. Guter Erfolg; Atemnot tritt nur bei großen körperlichen Anstrengungen ein und ist bedingt durch die relativ enge Stimmritze; das 1½jährige Bougieren hat die Ankylose der Cricoarythänoidgelenke nicht beseitigt. Die Stimme ist laut.

Bei dem dritten Kranken hatte sich der eine Gießbeckenknorpel ausgestoßen, das Stimmband stand für immer unbeweglich in der Mittellinie fest. Auch das andere bewegte sich wegen Ankylose des Cricoarythänoidgelenkes nicht. Da Bougieren nicht zum Ziele führte, wurde der Kehlkopf in der Mittellinie gespalten und der obere Teil des Rippenknorpelstückes in den Schild- und Ringknorpel verpflanzt, der untere zum Verschluß des Trachealdefektes benutzt. Das Einpflanzen in den Schildknorpel hatte eine Erweiterung der Stimmritze um die Breite des Knorpelstückes zur Folge. Die Operation gelang erst bei ihrer Wiederholung, da der Hautlappen das erste Mal gangränös wurde, dann aber mit vollem Erfolg. N. empfiehlt diese Methode, wenn die Kehlkopfstenose durch die Stimmbänder bedingt ist, in anderen Fällen die quere Resektion. Bei Deckung größerer Trachealdefekte leiste das Mangoldt'sche Verfahren das meiste und sei am leichtesten auszuführen.

Diskussion: Herr Pels-Leusden stellt zwei Kinder vor, welche vor mehreren Jahren wegen schwerer Stenosen nach Intubation und Tracheotomie mit gutem Dauererfolge operiert worden sind.

Der Defekt erstreckte sich im ersten Falle von der Cartilago cricoidea bis ins Jugulum; im zweiten betraf er die Cartilago cricoidea und die oberen Trachealringe. Beide Male wurde die Stenose durch quere Resektion beseitigt, in der P. das Normalverfahren sieht.

2) Herr Korsch: Zur Behandlung der Lymphdrüsenentzündungen.

Die seit der antiseptischen Ära üblich gewordene frühzeitige radikale Exstirpation entzündlicher Drüsentumoren hat außer der Beeinträchtigung durch spätere Narbenspannung, Ödeme, elephantiastische Veränderungen der Haut insbesondere den Nachteil der Entfernung des Drüsenfilters, wodurch die Pat. bei etwaigen Infektionen erheblich gefährdet sind. K. weist auf das Schicksal der Chirurgen Hans Schmid und Schuchardt hin, welche schnell zugrunde gingen an geringfügigen bei septischen Operationen infizierten Verletzungen der Hände; ihre zugehörigen Achseldrüsen waren vor einigen Jahren total exstirpiert worden. Als Reaktion dagegen erfolgte die Verwendung intraglandulärer Einspritzungen, die z. T. rückbildend, z. T. verflüssigend wirken sollten. Sie hatten außer der schmerzhaften Applikation meist die Folge, daß hinterher immer noch unter ungünstigeren Bedingungen inzidiert und exstirpiert werden mußte. Allmählich kam man wieder zur vorantiseptischen Methode, Vereiterung anzustreben und den Eiter durch kleinere Einschnitte zu entleeren. K. empfiehlt dazu die Salzwedelschen Spiritusverbände. Die einfache Eröffnung der Abszesse hat ihm aber nicht so gute Resultate ergeben wie das Lang'sche Verfahren, bei dem eine 1—1,5 cm große Inzision angelegt wird, von der aus nach Entleerung des Eiters die Abszeßhöhle mit einer 1%igen Höllensteinlösung vollkommen ausgefüllt wird; das wird mehrmals wiederholt. Man darf sich an der Durchführung des Verfahrens nicht durch ein mehrtägiges Fieber hindern lassen.

Diskussion: Herr Franz stellt einen jungen Mann vor, bei dem er eine schwierige Ausräumung von Beckenlymphdrüsen machen mußte, nachdem vorher schon 3mal operiert war; dabei wurde die in Schwarten eingebettete Vene verletzt. Da sich sowohl seitliche Ligatur als Naht als unzweckmäßig erwies, wurde die Vene in Höhe des Lig. Pouparti unterbunden. Eine Gangrän trat nicht ein, doch entwickelte sich später ein starkes Ödem, das zur Zeit noch besteht.

Herr König erklärt den Zustand für beginnende Elephantiasis.

Herr Salzwedel bestätigt die günstige Wirkung der Spiritusverbände; Mißerfolge bei an sich geeigneten Fällen habe er mehrfach auf unrichtige Technik zurückführen können.

3) Herr Franz: Über Ganglien in der Hohlhand.

F. spricht über die seltene, von Witzel 1888 beschriebene, gut charakterisierte Affektion an der Volarseite der Metacarpophalangealgelenke, bestehend in der Bildung von kleinen Ganglien. Er fügt den 5 Fällen Witzel's 6 aus der v. Bergmann'schen Klinik hinzu; 4 wurden operiert und 3 davon genau mikroskopisch untersucht. Bei der Operation konnte der Witzel'sche Befund, daß kleine, an die Ganglien angelagerte Nervenäste die Ursache der neuralgischen Beschwerden sind, nicht bestätigt werden. Pathologisch-anatomisch faßt F. diese Gebilde, deren Größe nie die einer Erbse überschreitet, als Analoga der Ganglien an anderen Körperstellen auf und hält sie in Übereinstimmung mit Payr für traumatische Degenerationscysten. In einem weiteren Falle, in welchem klinisch die Erscheinungen des schnellenden Fingers bestanden, handelte es sich um eine Verdickung der Beugesehnen; erst die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Verdickung nicht solid war, sondern daß ein intratendinöses Ganglion im Sinne von Thorn und Borchard vorlag.

4) Herr Kramm: Erfahrungen über Leberabzesse.

K. schildert die in Nordchina bei einer größeren Zahl von Leberabszessen nach Ruhr gemachten Erfahrungen. Der Eiter war in 80% der Fälle steril. Dem Sitz des Abszesses entspricht oft der größte Schmerzpunkt; ein weiteres, fast regelmäßiges Lokalsymptom ist die Stoßempfindlichkeit des unteren Leberrandes; dieser ist auf Stoß in der Richtung nach oben dort am meisten schmerzhaft, wo in der Verlängerung nach oben der Abszeß liegt. Bei Feststellung des Leberwachstums, des sichersten Symptoms, ist die Höhe und Intensität der relativen Leberdämpfung besonders zu berücksichtigen. Die Leukocytenzahl, welche für die Diagnose und die Unterscheidung von einfacher Leberentzündung, Typhus, Ma-

laria und Malariatyphoid von großer Bedeutung ist, ist nach Untersuchungen von Schlayer-Tientsin beim akuten Abszeß dauernd über 18000 vermehrt, beim subchronischen Abszeß zuweilen normal. — Leberabszesse finden sich fast nie in den tief gelegenen Abschnitten des Organs, sondern streben beim Wachstum der Leberkonvexität zu. Prädilektionsstellen sind die Orte des geringsten Widerstandes: a. Die rechte Leberkuppe, welche in 50%, also sehr häufig, Sitz des Abszesses ist, da der zu ihr führende Pfortaderast annähernd die gleiche Richtung wie der Stamm hat und einer Embolie besonders zugänglich ist. Wegen der sekundären Lähmung des Zwerchfells bewegt sich die Leber nicht mit der Atmung. b. Der dem Epigastrium entsprechende Leberabschnitt, welcher in 30% befallen wird. Die ungefährliche Leberpunktion mit Trokar ist häufig zur Sicherung der Diagnose notwendig, stets beim Sitz in der rechten Leberkuppe, dagegen nicht ratsam bei sehr akuten bösartigen Abszessen im Epigastrium, bei welchen frühzeitige Probelaparotomie am 2. bis 3. Tage am Platze ist. Die durchaus notwendige Frühdiagnose ist häufig schwierig, die Behandlung dagegen einfach. Letztere bestand stets in Eröffnung des Abszesses nach Freilegung der Leber, wenn notwendig mit Rippenresektion und auf perpleuralem Wege oder zuweilen mit Resektion der unteren Rippen unter Schonung der Pleura nach Lannelongue.

Die multiplen Abszesse sind selten — in etwa 10% — über die ganze Leber verteilt; meist liegen sie auf einem kleineren Leberabschnitt zusammengedrängt. In letzterem, dem gewöhnlichen Falle ist die Prognose der Frühoperation durchaus gut, da nach Eröffnung eines größeren Abszesses: 1) häufig benachbarte in diese Höhle durchbrechen, 2) durch Hebung der Blutzirkulation in dem umgebenden Gewebe kleinere Abszesse resorbiert werden, 3) bei Symptomen von weiteren, größeren Abszessen man diese gewöhnlich durch Punktionen in der Nähe der ersten eröffneten Höhle findet. Ein Rezidiv entstand nur einmal nach zu kurzer Nachbehandlung und wurde geheilt.

Ergebnisse vom 1. September 1901 bis 1. Dezember 1902: 20 Pat. mit Leberabszessen. Unter diesen starb einer ohne Operation, da die Lokaldiagnose nicht gestellt werden konnte. 19 Operationen mit 16 Heilungen, unter diesen eine nicht erhebliche Gallenfistel. Von den drei Todesfällen waren zwei durch zahlreiche, über die ganze Leber verbreitete Abszesse bedingt, einer durch zu späte Aufnahme in bereits hoffnungslosem Zustande.

4) Herr Voss: Über sechs Fälle von otitischem Hirnabszeß.

Die Fälle wurden in der Ohrenklinik der Charité beobachtet.

Fall 1: Linksseitiger Schläfenlappenabszeß bei chronischer Ohreiterung. Die Diagnose konnte auf Grund einer subfebrilen Temperatur, von Hirndrucksymptomen und von amnestischer Aphasie gestellt werden. Die Radikaloperation ergab ein großes Cholesteatom, Caries tegminis tympani, Hyperämie der Dura mater. Die Punktion des Gehirns förderte Eiter zu Tage, der vom Tegmen aus durch Inzision entleert wurde. Heilung.

Fall 2: Linksseitiger Schläfenlappenabszeß bei chronischer Ohreiterung. Hier bestand außer der amnestischen Aphasie auch Paragraphie und Paraplegie. Die Operation ergab ein großes Cholesteatom im Warzenfortsatz, Caries tegminis antri, Verfärbung der Dura mater. Die Punktion des Gehirns wies den Eiter nach, der vom Tegmen und von der Außenseite der Schläfenschuppe aus entleert wurde. Tod an fortschreitender Encephalitis, die auch durch die Sektion bestätigt wurde. — Die Abszeßhöhle war über walnußgroß, die Umgebung war bis zu den großen Hirnganglien und zum Hinterhorn erweicht.

Fall 3: Linksseitiger Schläfenlappenabszeß. Bei dem Pat. erforderte zunächst ein subperiostaler Abszeß der Schläfenschuppe mit Senkung längs des Unterkiefers und nach dem Nasenrachenraum mehrfache Eingriffe. Das Auftreten amnestischer Aphasie während der Behandlung ließ die Diagnose des Hirnabszesses stellen. Operation wie bei Fall 2. Nach der Entleerung des Eiters trat rechtsseitige Hemiplegie als Fernwirkung auf den hinteren Schenkel der inneren Kapsel auf; es wurde noch ein zweiter Abszeß entleert, trotzdem erfolgte der Tod. Die Sektion bestätigte die klinische Diagnose.

Fall 4: Rechtsseitiger Kleinhirnabszeß nach einer 4 Monate bestehenden Influenzaotitis. Es bestanden folgende Symptome: Taubheit rechts, Schwindel, Erbrechen, rechtsseitige Nackenschmerzen; beiderseits leichter Fußklonus, starker Trousseau, leichte Neuritis optica; Lumbalpunktion negativ, Puls 68, während der Lumbalpunktion 48. Die Operation ergab ein kleines Cholesteatom des Antrum, Nekrose der drei Bogengänge, Pachymeningitis ext. der hinteren Schädelgrube. Die Punktion des Hirns war negativ. Nach der Operation zunächst gutes Befinden. Am 3. Tage Symptome von Respirationslähmung; erneute Punktion ergab Eiter. Tod trotz Entleerung des Eiters.

Fall 5: Rechtsseitiger Kleinhirnabszeß nach akuter Mittelohreiterung. Es bestand Somnolenz, monotone Sprache, Empfindlichkeit der rechten Kopfseite, starker Schwindel, Steigerung des Patellarreflexes links, doppelseitige Stauungspapille. Die Aufmeißlung des Warzenfortsatzes ergab einen fast negativen Befund, weshalb eine intrakranielle Komplikation zweifelhaft erschien. Die Zunahme aller Erscheinungen und der Ausfall der Lumbalpunktion (mononukleäre Leukocyten und Diplokokken) bestimmte zu erneuter Operation, die einen Kleinhirnabszeß aufdeckte. Heilung.

Fall 6: $3^1/_4$ Jahre alter Knabe, der $^3/_4$ Jahr vorher eine doppelseitige, anscheinend geheilte Mittelohreiterung im Anschluß an Lungenentzündung durchgemacht hatte. Erneute rechtsseitige Mittelohreiterung im Anschluß an eine wunde Nase; bald danach linksseitige Krämpfe bei erloschenem Bewußtsein, Koma, Cheyne-Stokes'sches Atmen. Die Operation in der Annahme eines rechtsseitigen Schläfenlappenabszesses verlief resultatlos. Wegen eines erneuten linksseitigen Jackson'schen Krampfanfalles Freilegung der motorischen Region, ohne daß Eiter gefunden werden konnte. In erneutem Anfall trat der Tod ein. Die Sektion stellte neun Hirnabszesse bis zu Erbsengröße fest, die zum großen Teil am obersten Ende der rechten Zentralwindung saßen.

Demonstration von Zeichnungen der durch Obduktion gewonnenen Präparate.

R. Wolff (Berlin).

---

18) **Scheidtmann.** Beiträge zur Kasuistik seltener Lipome.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

Nach kurzer Besprechung der Pathogenese und des Vorkommens von Lipomen berichtet Verf. über fünf Fälle von Lipomen seltenerer Lokalisation, und zwar:

1 Fall von Lipom im linken Kniegelenk,

1 Fall von Lipom unter dem linken Ligamentum patellae,

1 Fall von Lipom der Bauchdecke mit darunter sich befindender Hernia epigastrica,

1 Fall von Lipom der Regio abdominalis lateralis sin. und

1 Fall von Lipom der Regio cruralis dext. mit Hernia cruralis dext.

In den beiden ersten Fällen war die Entstehung auf Traumen zurückzuführen. In den mit Hernien komplizierten Fällen lag wahrscheinlich ein Zusammenhang zwischen Hernie und Lipom vor. **Silberberg** (Breslau).

19) **W. Bauer.** The intravenous injection of formaldehyde.

(New York med. journ. 1903. März 21.)

Die Veröffentlichung Barrow's über den glücklichen Verlauf einer Septhämie, die mit intravenöser Injektion von 1 : 5000 Formalin behandelt wurde (ref. Zentralbl. 1903 p. 423), hat in der amerikanischen Presse anscheinend ein ungewöhnliches Aufsehen erregt. Die Arbeit B.'s soll dem übergroßen Optimismus entgegentreten und berichtet über drei Mißerfolge, worunter der des Verf. ganz besonders interessant ist, da er einen reinen Fall von Streptokokkenbakteriämie darstellte und bei der Sektion, abgesehen von unbedeutenden bronchopneumonischen Herden, keine schweren Organveränderungen zeigte. Trotzdem also die Bedingungen für den Heileffekt des Formalins ganz besonders günstig waren, verlief der Fall tödlich. In einem Falle Dr. Waitzfelder's von puerperaler Sepsis wurde bei der zweiten

Injektion die Lösung irrtümlicherweise 1 : 2500 genommen; während der Injektion trat sofort Cyanose ein, weshalb die Formalineinspritzung unterbrochen und sofort Kochsalz gegeben wurde. Waitzfelder glaubt die günstige Wirkung nur der Einverleibung der Kochsalzlösung zuschreiben zu müssen. In einem 3. Falle von septischer Endokarditis war die Einspritzung ganz nutzlos.

Experimentelle bakteriologische Nachprüfungen ergaben ausnahmslos, daß die mit Formalin behandelten Ratten früher starben als die Kontrolltiere.

Verf. kommt zu dem Schlusse, daß die intravenöse Formalineinspritzung die Bakterien nicht töte, wohl aber die Toxine verdünne; das besorge aber viel besser die reizlose Kochsalzlösung. **Scheuer** (Berlin).

20) **W. Braun.** Dauerheilung nach Überpflanzung ungestielter Hautlappen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. hat durch Nachuntersuchungen die Dauerresultate festgestellt, welche im Altonaer städtischen Krankenhause durch Überpflanzung ungestielter Hautlappen erreicht worden sind. Zur Verwertung kamen 20 mindestens 1½ Jahre nachbeobachtete Fälle. Die Ergebnisse zeigten, daß durch strenge Befolgung der drei kardinalen Forderungen Krause's — völlige Asepsis, vollkommen trockenes Operieren, geeignete Vorbereitung des Bodens — dem Transplantationsverfahren die Zufälligkeit und Unsicherheit genommen und an deren Stelle die Sicherheit des Erfolges gesetzt worden ist. Unter den berichteten Fällen finden sich überzeugende Beispiele, daß selbst unter den denkbar schlechtesten Bedingungen, bei schweren lokalen und allgemeinen Störungen, wie Lues, Nephritis, Diabetes, nicht nur die Anheilung, sondern auch eine durch Jahre hindurch zu verfolgende Dauerheilung zustande kommt. Den ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten sind zahlreiche Abbildungen beigefügt. **Blauel** (Tübingen).

21) **Kapsammer.** Lymphosarcoma bulbi urethrae, von einer gonorrhoischen Striktur ausgehend.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 10.)

Der Überschrift ist hinzuzufügen, daß der Fall einen 69 Jahre alten Pat. betraf und sich durch ein enorm rasches Wachstum der Neubildung auszeichnete. Zwei Monate nach der Operation geht Pat. an Rezidiv zugrunde.

Hübener (Dresden).

22) **Kapsammer.** Ein Beitrag zur Klinik der Prostatatumoren.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

Bei einem sonst gesunden 40jährigen Manne trat plötzlich eine komplette Harnverhaltung auf, die nach vier Wochen langer Dauer in eine inkomplette Retention überging. Urin war vollständig klar, und an der Prostata weder cystoskopisch noch vom Mastdarm aus die geringste Anomalie nachzuweisen. Kein Sphinkterenkrampf vorhanden. Drei Monate nach Beginn des Leidens wird nach Entfernung eines Verweilkatheters durch die Harnröhre ein Gewebsfetzen ausgestoßen, dessen histologische Untersuchung Sarkom ergab. Schnelles Wachstum der Geschwulst, die im Verlauf der nächsten Wochen zum größten Teil stückweise durch die Harnröhre ausgestoßen wird unter Hämaturie und starken Blasenkrämpfen. Operation schon im Beginn der Geschwulst verweigert; sechs Monate nach der ersten Harnverhaltung Tod. Geschwulstuntersuchung ergibt die Diagnose: Sarcoma enchondromatodes.

Der Fall ist insofern bemerkenswert, als eine Harnverhaltung das erste Symptom einer Neubildung der Prostata sein kann (Innervationsstörung des Sphinkters, durch pathologische Vorgänge in der Prostata bedingt). **Hübener** (Dresden).

23) **L. Casper.** Über die Behandlung der Prostatahypertrophie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 24.)

Von 131 Fällen, welche C. behandelte, wurden 61 einer nichtoperativen Therapie unterzogen und lokal nur diejenigen mit Restharn (Katherismus, Dauer-

katheter). Die Prostatismusfälle (Harndrang ohne Vorhandensein von Residualharn) waren schwer zu beeinflussen, die Symptome wurden durch Narkotika, Sitzbäder, Thermophor bekämpft. Zwei Fälle wurden geheilt, einige gebessert, einige blieben unbeeinflußt, vier endeten tödlich. Von den 51 Residualharnfällen wurden 2 geheilt, 34 erheblich gebessert, 8 blieben unbeeinflußt, 4 verschlechterten sich, 3 starben. Aus den Todesfällen zieht C. die Lehre, daß man bei stark gedehnten insuffizienten Blasen auf möglichst langsame, nicht vollständige Entleerung der Blase Wert legen muß.

Nach Exzision eines Vas deferens-Stückes wurden drei Fälle gebessert, darunter zwei mit Prostatismus; C. glaubt, daß die mit der Herausschneidung des Vas deferens verbundene Zerstörung derjenigen Nerven, die vom Samenstrang aus zur Prostata ziehen, an diesem erfreulichen Einfluß der Operation schuld ist. (Die Erklärung des Erfolges durch Minderung des Tonus am Sphinkter der Harnblase hat durch die experimentelle Untersuchung Wassiljew's eine Stütze gefunden [ref. d. Zentralblatt 1903 p. 695], und wenn sich die Richtigkeit dieser Annahme auch weiterhin bestätigt finden würde, wäre man wohl auf Grund der klinischen Erfahrungen C.'s berechtigt, die Vasektomie in den Fällen von Prostatismus anzuwenden, deren Behandlung so schwer und häufig, weil rein symptomatisch, erfolglos ist. Daß von dieser Operation in den anderen Fällen nichts zu erhoffen ist, beweisen auch wieder die Erfahrungen C.'s, welcher 13mal einen völligen Mißerfolg zu verzeichnen hatte. Ref.)

Von der Kastration hat Verf. nicht einen einzigen Erfolg gesehen in 10 Fällen. Auch die Elektrolyse vom Mastdarm aus hat er ganz verlassen. Schlechte Erfahrungen machte er ferner mit dem Blasenstich und der Sectio alta. Die Prostatektomie wurde viermal vom hohen Blasenschnitt aus vorgenommen; zwei befriedigende Resultate und zwei Todesfälle. Der Eingriff ist ein sehr schwerer und kann alten dekrepiden Menschen nicht zugemutet werden. Über die perineale Prostatektomie hat C. keine eigenen Erfahrungen.

Die Erfolge der Bottini'schen Operation, deren Indikationen und Technik eingehend erörtert werden, sind nicht so sicher vorauszusagen, daß man sie ohne weiteres, falls der Harn noch klar und die Blase noch nicht zu klein ist, allgemein anraten könnte. Die Gefahren der Operation sind Blutung und Sepsis. Kranke, die aus der vergrößerten Prostata oft und stark bluten, sind für die Operation wenig geeignet. — Von 30 Fällen wurden 3 geheilt, gebessert 9 Fälle, unbeeinflußt blieben 11; 3 verschlechterten sich (Prostatismusfälle) und 4 starben.

Bevor man sich zu einem operativen Einschreiten bei einem Prostatiker entschließt, empfiehlt C. eine Methode anzuwenden, von der er günstige Erfolge sah und die in Einlegen und Liegenlassen eines Verweilkatheters besteht. Wochen-, ja monatelang wurde der Katheter häufig ohne Beschwerden getragen, nachdem die anfängliche Urethritis überstanden ist. Täglich sind zweimal Spülungen der Blase vorzunehmen. Ausgeschlossen von dieser Behandlung sind Kranke mit klarem Harn.

Langemak (Rostock).

24) A. Freudenberg. Meine letzte Serie von 25 Fällen der Bottini'schen Operation bei Prostatahypertrophie.

(Festschrift für Bottini, zum 25jährigen Jubiläum seiner Lehrtätigkeit.)

Palermo, 1903. 64 S.

F. berichtet über 25 Fälle von Bottini'scher Operation, 20 Heilungen, vier wesentliche Besserungen, ein Mißerfolg. Kein Todesfall.

Besonders interessant ist ein Fall von kompletter Retention, an dem v. Bergmann vorher ohne Erfolg vom Damm aus die Spaltung der Prostata bis in die Blase vorgenommen hatte. Bei der Cystoskopie zeigte sich, daß nur seitliche Wulstungen der Prostata bestanden, deren galvanokaustische Inzision sofortigen, jetzt seit $1^3/_4$ Jahren bestehenden Erfolg brachte.

Willi Hirt (Breslau).

25) Zuckerkandl. Intrakapsuläre Enukleation der hypertrophischen Prostata.

(Aus der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 30. Januar 1903.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 6.)

75jähriger Pat. mit starker Prostatahypertrophie und Blasenstein. Die Harnröhre durch die seitlichen Lappen stark eingeengt, daß weder weiche noch starre Instrumente sich in die Blase einführen lassen. Inkomplette Harnretention. Bloßlegung der Prostata mittels des 1889 von Z. veröffentlichten prärektalen Bogenschnittes. Spaltung der Kapsel und Abhebung derselben. Nach Eröffnung der Harnröhre im prostatischen Teil gelingt es leicht, die Prostata aus ihrem Bett zu heben, von der Harnröhre abzulösen und in zwei Hälften zu entfernen. Von der Harnröhrenwunde aus Untersuchung der Blase und Entfernung eines größeren Steines aus dem Scheitel. Verweilkatheter, Naht der Harnröhre mit Katgut. Lockere Tamponade. Nach drei Wochen Dauerkatheter entfernt. Heilung ohne Zwischenfall. Pat. uriniert jetzt in normalen Intervallen, hat keinen Residualharn und hat seine Cystitis vollkommen verloren. Harnröhre ist für Instrumente aller Art wegsam. **Hübener** (Dresden).

26) V. Czerny und F. Völcker. Über Totalexstirpation der Prostata wegen gutartigen Adenoms.

(Festschrift für Bottini. Palermo. 26 S. 1 Tafel.)

Bericht über zwei Fälle von glandulärer Hypertrophie durch perineale Totalexstirpation mit vollem Erfolge (kein Residualharn mehr) operiert. Bei Fall I war vorher viermal partielle suprapubische Prostatektomie gemacht worden. Die Operationen vollzogen sich glatt und rasch ohne übermäßige Blutung. Die Harnröhrenschleimhaut wurde mit der der Blase möglichst exakt vereinigt, Verweilkatheter. Die Indikationsstellung für die einzelnen Operationen bei Prostatahypertrophie ist immer noch unsicher. Große, weiche Formen von Prostatahypertrophie scheinen nach den vorliegenden Erfahrungen am häufigsten die perineale Totalexstirpation zu erfordern, die isolierten Geschwülste des Mittellappens und die Blasenhalsklappen dagegen recht eigentlich das Feld der suprapubischen Prostatektomie zu sein; bei den diffusen Hypertrophien scheint man ab und zu auch mit sexuellen Operationen gute Erfolge erzielt zu haben. Für viele Fälle ist die Bottini'schen Operation sehr geeignet, die als ein wertvoller therapeutischer Schatz bezeichnet wird. Die Schwierigkeit besteht darin, für die einzelnen Fälle die richtige Operation zu finden. Statistisch werden aus der Literatur 13 Fälle für die Beurteilung der perinealen Totalexstirpation herangezogen. Zwei Todesfälle; die übrigen Pat. verloren ihre Urinbeschwerden und behielten die Kontinenz. **Willi Hirt** (Breslau).

27) Schlagintweit. Das retrograde Cystoskop.

(Zentralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. XIV. Hft. 4.)

Das Instrument kann wie ein gewöhnliches Kathetercystoskop gebraucht werden, kann aber durch Vorschieben des optischen Apparates in ein »retrogrades« (sollte heißen retrospektives) verwandelt werden, d. h. in ein solches, welches erlaubt, in der Richtung gegen den Beobachter, also gegen den Blasenhals und das Orificium hinzuschauen. Die nähere Konstruktion ist im Original nachzusehen. **Fr. Brunner** (Zürich).

28) Blecher. Zur Diagnose der Blasenruptur, insbesondere der intraperitonalen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 578.)

B. knüpft an einen eigenen, von ihm im Garnisonlazarett Brandenburg erfolgreich operierten Fall an. Der 21jährige Pat. war in der Trunkenheit aus dem Bett gefallen und hatte danach Leibschmerzen bekommen. Am nächsten Vor-

mittag bei der Aufnahme Puls 80, Leib überall stark druckempfindlich, besonders in der Blasengegend, keine Dämpfung, auch nicht in der Blasengegend. Durch Katheter 2 Liter blutigen Urins entleert, »doch hatte man zum Schluß das Gefühl, als wenn keine völlige Blasenentleerung stattgefunden hätte; denn bei tiefen Atemzügen, ebenso bei Druck auf den Bauch, entleerte sich immer noch eine kleine Menge. Die Urinentleerung begann, sowie der Schnabel des Katheters den Blaseneingang passiert hatte«. Nach vorübergehender Besserung hierauf bald wieder Verschlimmerung. Puls erst auf 100, dann 132 gestiegen, klein und unregelmäßig, Leib stärker druckempfindlich werdend, stärker gespannt, starkes Schluchzen, Unruhe. Die Laparotomie ergab im Bauche reichlich blutig gefärbte Flüssigkeit, Därme gebläht und gerötet. An der Blase ein ca. 10 cm langer, breit klaffender Riß, rein intraperitoneal, schräg von rechts vorn nach links hinten über den Blasenscheitel verlaufend. Naht. Kein Verweilkatheter. Glatte Heilung.

Der eigene Fall gab B. Anregung, einschlägige anderweitige Publikationen auf die zur Beobachtung gekommenen Symptome zu vergleichen. Die Hauptzeichen der Blasenzerreißung, sowohl der intra- als der extraperitonealen, sind Schmerz in der Blasengegend, Harndrang, Harnverhaltung und Leere der Blase. Doch sind diese Zeichen variabel je nach der Größe des Blasenrisses, und teilt B. die Blasenrisse nach letzterer ein in 1) Risse von 8—10, 2) von 4—6 und 3) 1—3 cm Länge. Für intraperitoneale Risse ist absolut beweisend der Katheterismus des Peritoneums, ferner abgegrenzte intraperitoneale Harnergüsse, endlich die Zeichen der Bauchfellreizung bezw. beginnenden Bauchfellentzündung. Anamnestisch spielt die Betrunkenheit (in fast $^9/_{10}$ der Fälle vorausgehend) eine große Rolle. Die Verletzten können des Rausches wegen ein ihnen zugestoßenes Trauma vergessen haben, weshalb in zweifelhaften Fällen die Trunkenheit allein zur Annahme eines Traumes genügen muß. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

29) **H. Schwerin.** Intoxikationspsychose nach Injektion von Jodoform in die Blase.

Inaug.-Diss., Leipzig, 1902.

Bei einem nach Bottini'scher Operation wegen ammoniakalischer Cystitis mit Jodoformglycerininjektionen in die Blase behandelten Pat. (in acht Tagen wurden 12 g Jodoform injiziert) stellte sich am achten Tage eine akute halluzinatorische Verwirrtheit ein, die etwa fünf Wochen währte. Im Urin wurde von Beginn der Erkrankung an Jod in organischer Bindung nachgewiesen.

Willi Hirt (Breslau).

30) **M. Hirsch.** Ein seltener Fall von Fremdkörpern in der Harnblase.

(Ärztl. Zentralzeitung, Wien, XV. Jahrg. Nr. 14.)

Bei einem an chronischer gonorrhoischer Cystitis leidenden Pat. fand sich bei der Cystoskopie ein etwa bohnengroßer, an einem dünnen Stiele sitzender, beweglicher Körper. Nach Sectio alta wurde von der Geschwulst nichts gefunden, bloß mehrere Bröckel wurden herausbefördert, die bei der mikroskopischen Untersuchung im pflanzen-physiologischen Institut als aus maseriertem Koniferenholz bestehend sich erwiesen. Verf. glaubt, daß es sich um Teile eines Katheters aus Fichtenholz oder Papiermaché handle, der bei einer der früheren Behandlungen angewendet worden sein müsse. Der durch Inkrustation an die Blasenwand fixierte Körper sei während der Sectio alta abgerissen und in das Blasencavum gefallen.

Willi Hirt (Breslau).

31) **Nicolich.** Meine Erfahrungen über Lithiasis der Harnwege.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXIX. Hft. 4.)

Verf. gibt kasuistische Mitteilungen über sein Material von Steinbildung in den Harnwegen. Hauptsächlich handelt es sich natürlich um Nieren- und Blasensteine, daneben aber auch um Konkrementbildungen in der Harnröhre und Prostata. Eine Reihe interessanter Fälle der einzelnen Kategorien sind genauer be-

schrieben. Die verschiedenen Operationsmethoden, besonders die Cystotomie und Lithotripsie, sind eingehender abgehandelt. Die Resultate der Eingriffe waren befriedigende. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

32) Dsirne. Bericht über 292 Blasensteinoperationen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 1.)

Verf. hat im Verlauf weniger Jahre 292 Blasensteine operativ behandelt. Der jüngste seiner Pat. stand im 10. Lebensmonate, der älteste Kranke war 66 Jahre alt. Numerisch überwogen die harnsauren Steine. Diese Tatsache wie andere Beobachtungen sprechen gegen die Ansicht, daß die Steinbildung durch den hohen Kalkgehalt des Trinkwassers bedingt werde. Für die mittels Medianschnitt Operierten berechnet D. eine Mortalität von 1,68%, für die mit hohem Steinschnitt Behandelten 0,95%. In den ersten Jahren wurde fast ausschließlich die Sectio mediana gemacht; dabei war zu beobachten, daß bei sauer reagierendem Harn sich die Dammwunde sehr rasch schloß, wenn das Drainrohr entfernt wurde, so daß Verf. fortan bei nornalem Harn die Dammwunde mit Erfolg sofort völlig vernähte. Da ein digitales Austasten der Blase zur Klarlegung der Verhältnisse für unerläßlich gehalten ward, verbot sich die Ausführung des Medianschnittes bei Kindern unter 12 Jahren wegen Enge des Schließmuskels von selbst. Hier wurde die Sectio suprapubica ausgeführt. Bei sehr großen Steinen wurde erst eine Zertrümmerung vor der Extraktion vorgenommen. Die Sectio alta wird außer bei sehr jugendlichen Individuen bevorzugt, wenn sich in dem hinteren Teil der Harnröhre Strikturen finden, bei sehr großen Steinen und meistenteils bei weiblichen Pat. Nach derselben kommt die primäre Blasennaht oder die offene Behandlung der Blasenwunde, die Cystotomia-pexia, in Betracht. Die erstere kann nur gewählt werden, wenn der Urin normales Verhalten zeigt, sauer reagiert und durchsichtig ist, die Blasenwände nahezu normal sind und die Wundränder der Blase keine erhebliche Schädigung erfahren haben. Die Ventrofixation der Blase stört keineswegs, wie man vermutet hat, in der Zukunft die Funktion derselben. Die Blase löst sich vielmehr mit der Zeit wieder von selbst los, nachdem die temporäre Fixation dazu gedient hat, die Heilung der Blasennaht zu begünstigen. Natürlich kommt es auf die Art der Nahtausführung an. Vor breiter Nahtanlegung und vor Anwendung versenkter, nicht entfernbarer Nähte muß dringend gewarnt werden. Bei Steinkranken mit alkalischem, neutralem oder schwach saurem Harn ist eine Vorbereitungskur zur Wandlung der Urinreaktion ratsam, da auch bei hohem Steinschnitt rasche Wundheilung eintritt, sobald der Harn sauer reagiert. Blasenspülung, reizlose Diät, Wassertrinken in reichlichem Maße, innerliche Darreichung von Natron salicylicum dienen am besten diesem Zwecke. In ähnlicher Weise wird auch die Nachbehandlung nach der Operation in nicht ganz einwandsfreien Fällen bewerkstelligt. Die mit Primärnaht behandelten Pat. verließen durchschnittlich am zwölften Tage das Krankenhaus. Verf. erklärt sich für einen prinzipiellen Gegner die Lithotripsie. Zur Anwendung des Cystoskops ist er nur fünfmal genötigt gewesen. Sonst ließ sich stets aus den übrigen Erscheinungen eine genauere Diagnose stellen. Vorzügliche Dienste zur Erkennung der Blasensteine leistete die Metallsonde mit gebogenem, kurzem Schnabel (Mercier, Napier). **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

33) Morano. Sugli effetti della palpatione renale.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1903. Nr. 41.)

Nachdem die Nierenmassage bei Wanderniere empfohlen war, wurde bald über entzündliche Veränderungen des Organs berichtet, die diese Handgriffe im Gefolge hätten. M. hat diese Angaben nachgeprüft. Bei einem 18jährigen Mädchen, das bis auf eine bewegliche Niere völlig gesund war und deren Urinmenge 1550 ccm etwa betrug, wurden, indem die Niere zwischen einer im Rücken und einer auf dem Bauch liegenden Hand gefaßt wurde, leichte Reibungen und ein geringer Druck auf dieselbe ausgeführt. Pat. empfand hinterher geringe Kopfschmerzen,

und die Urinmenge ging auf 1000 ccm herab. Im Urin fanden sich einige weiße und rote Blutkörperchen und einige Zylindroide. Nach einer am Tage darauf folgenden zweiten Massage ging die Urinmenge auf 900 ccm herunter, die korpuskulären Elemente nahmen zu, und es traten einige hyaline Zylinder auf. Nach einer dritten etwas stärkeren Massage wurde der Kopfschmerz intensiver; es trat ein nach dem rechten Bein ausstrahlender, einige Stunden anhaltender Schmerz auf, die Urinmenge sank auf 800 ccm, und es erschien Eiweiß in geringer Menge. Eine weitere zweimalige Massage erhöhte hauptsächlich den Blutgehalt des Urins. Als die Versuche jetzt ausgesetzt wurden, verschwand das Eiweiß nach zwei Tagen, die Nierenschmerzen aber erst nach mehreren Wochen.

M. stellte nun Versuche mit Nierenmassage an 10 Kaninchen an. Bei denjenigen Tieren, die häufiger (5—6mal) massiert waren, fanden sich um die Henle'schen Schleifen, aber auch um die Glomeruli Infiltrate, zudem Wucherungen in den Bowmann'schen Kapseln und an den Glomerulusschlingen. In der Marksubstanz fand sich eine Bindegewebssubstanz zwischen den Kanälchen. In der Rinde waren auch geringe Blutungen vorhanden.

Sämtliche Experimente erweisen die Unzweckmäßigkeit der Nierenmassage.

Dreyer (Köln).

34) Gould. Two cases of complete bilateral duplication of the ureters.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. März.)

Vollständige Verdoppelung beider Harnleiter ist äußerst selten. G. berichtet über zwei Fälle, in welchen jede Niere zwei Becken und zwei vollständig getrennte Harnleiter hatte, deren Lichtungen etwas schmäler waren wie gewöhnlich. Alle vier Harnleiter mündeten getrennt in die Blase, je zwei nahe beieinander an normaler Stelle (zwei Photographien). **Bender** (Leipzig).

35) W. Petersen (Heidelberg). Ein Fall von Uronephrose, geheilt durch Ureterplastik und Nierenbeckenfaltung.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 11.)

Bei dem sehr muskelkräftigen, 26jährigen Manne bestanden starke Nierenblutungen und seit Jahren Schmerzanfälle, die von der vermehrte Resistenz und Druckempfindlichkeit zeigenden rechten Niere ausgingen; die Diagnose war auf Nierenstein gestellt worden, von welchem sich jedoch bei der Spaltung des stark ausgedehnten, $1/2$ Liter blutigen Urins enthaltenden Nierenbeckens nichts fand. Bei der späteren Operation der von der Pyelotomie zurückgebliebenen, reichlich Urin entleerenden Fistel wurde das Nierenbecken, das einen faustgroßen, buchtigen Sack darstellte, zum Teil ausgelöst, ein an seiner Innenseite vorgefundenes kleines Papillom entfernt, der mit der Nierenbeckenwand fest verwachsene Harnleiter freigelegt, eine in seiner engen Mündung entdeckte, stark vorspringende Klappe längs gespalten und danach quer vernäht; dadurch wurde der Eingang des Harnleiters breit hergestellt und schließlich der nach unten entwickelte Blindsack des Nierenbeckens faltig zusammengelegt und möglichst verkleinert. Vollständige Heilung. Der bei der Operation erhobene Befund: Lage der Harnleitermündung 3 cm oberhalb der Nierengefäße und die Stellung der Harnleiterklappe, welche nach unten lag, sprachen für eine kongenitale Abnormität.

Kramer (Glogau).

36) M. Lance. Kystes hydatiques du rein gauche. Néphrectomie.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Ann. LXXVII. Ser. 6. Nr. 9.)

Es handelte sich um eine Komplikation von intermittierender Hydronephrose mit Echinokokkus. Die Auslösung der Geschwulst erwies sich als sehr erschwert durch starke Verwachsungen mit dem Pankreas und dem Zwerchfell. Die schmerzhaften Anfälle von Hydronephrose waren bedingt durch ein frei im Nierenbecken befindliches Tochterbläschen. Der Harnleiter verlief über eine größere Blase des unteren Pols und hatte feste Verwachsungen mit ihr eingegangen.

Christel (Metz).

37) **F. Craven Moore.** Multilocular cystadenoma of retroperitoneal origin.

(Med. chronicle 1903. Februar.)

Genaue pathologisch-anatomische Beschreibung der durch Obduktion gewonnenen Geschwulst. Auf Grund dieses eigenen sowie der wenigen bisher [in] der Literatur bekannt gewordenen Fälle stellt M. eine Klassifikation der retroperitonealen Cystadenome auf. Er unterscheidet einen einfachen, gutartigen Typus, welcher charakterisiert ist durch Bildung einer primären Cyste, innerhalb deren der proliferierende Prozeß in der Entwicklung von sekundären Cysten seinen Abschluß findet, und einen proliferierenden, bösartigen, bei dem sich ein Konglomerat von Cysten neben einander bildet, welche unbeschränkt in die Nachbarschaft weiter wuchern. In diesen beiden Formen ähneln die genannten Geschwülste durchaus den (einfachen und papillären) Ovarialkystomen, denen sie auch in ihrer Struktur sehr nahe stehen. Verf. kommt zu dem Schluß, daß die Cystadenome der Ovarien und Hoden mit den im retroperitonealen Raume sich entwickelnden eine morphologisch und genetisch zusammengehörige Geschwulstform bilden, die sich das eine Mal aus an Ort und Stelle gebliebenen, das andere Mal aus versprengten Resten der Wolff'schen Gänge entwickelt.

Kleinschmidt (Kassel).

38) **R. Bandel.** Ein Fall von Eierstocksschwangerschaft.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Kasuistische Mitteilung einer Beobachtung von Schwangerschaft des linken Eierstocks. Alle für die Diagnose einer Eierstocksschwangerschaft geltenden Kriterien trafen für den Fall zu, nämlich: 1) eine als befruchtetes Ei anzusprechende Geschwulst an der Stelle des fehlenden gleichseitigen Eierstocks, 2) die Nichtbeteiligung der Tuben, der Übergang des Lig. ovarii proprium in den Fruchtsack und 4) Eierstockselemente in der Wand des Fruchtsackes.

Blauel (Tübingen).

39) **W. F. Jelke.** Studies of ovarian embryomata, or so-called ovarian dermoid cysts.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. Januar.)

J. beschreibt drei Dermoide des Eierstockes, welche den Fällen Pfannenstiel's, Kroemer's und Wilms' analog sind, d. h. Teile aller drei Keimblätter enthalten, mit Ausnahme des ersten Falles, in welchem das Fehlen entodermaler Elemente wohl durch hyaline Degeneration derselben zu erklären ist. Die Cystenwand glich überall derjenigen cystisch entarteter Graaf'scher Follikel. Die Größe der Cysten hängt nicht von der des Embryoms, sondern von der Menge seiner Abscheidungsprodukte ab. Die Eierstocksreste waren beiderseits gleichfalls cystisch. Fötale Einschlüsse, Residuen, Mißbildungen wurden in keinem Falle gefunden; die Generationsorgane waren sonst normal. Die kongenitale Bildung dieser Geschwülste ist sehr zweifelhaft. Eingehende Besprechung der Technik, besonders des Entkalkungsverfahrens.

Bender (Leipzig).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 32. **Sonnabend, den 8. August.** **1903.**

Zur Radikaloperation des Schenkelbruches nach Lotheissen.

Von

Dr. Josef Gilli,

Assistent an Prof. v. Hacker's chir. Klinik in Graz.

Unter den verschiedenen Methoden der Radikaloperation des Schenkelbruches zeichnet sich die Methode Lotheissen (Zentralblatt für Chirurgie 1898 Nr. 21) wegen ihres rationellen Verschlusses der Bruchpforte besonders aus. Der Gang der Operation ist folgender:

Hautschnitt am oberen Rande des Poupart'schen Bandes, parallel demselben, dem medialen Drittel entsprechend. Freipräparierung der Aponeurose des Muscul. obliq. abd. ext. und des Annulus ing. subcutaneus. Spaltung der Aponeurose knapp über dem Poupart'schen Band bis in die Leistenöffnung. Das Poupart'sche Band wird im Bereiche des Schnittes mit zwei Klemmen gefaßt und kräftig nach unten gezogen. Nun wird an der abdominalen Fläche

des Leistenbandes, nach Zurückdrängen der tiefen Muskulatur und der Gebilde des Leistenkanals, an der lateralen Seite die Scheide der großen Schenkelgefäße, die medial in die den Bruchsackhals umhüllende Fascia propria herniae (Cooper) — vorgestülpte Fascia tranversa — übergeht, sichtbar.

Nach vorsichtiger, womöglich stumpfer Ablösung des Halses vom inneren Schenkelringe und von der Gefäßscheide wird der Bruchsack mit Hilfe einer Zange nach oben gezogen, so daß er nach Art des Bruchsackes einer Leistenhernie nun oberhalb des Ligamentum inguinale liegt.

Ist der Bruch groß, der Inhalt irreponibel oder eingeklemmt, so wird er vor der Verlagerung zuerst außen, nach Ablösung der Hautdecke, vom Rande der Plica falciformis isoliert, event. von der Vena saphena abgelöst, mobilisiert, und sein Sack nach Eröffnung und Reposition des Inhaltes zentral abgebunden, abgetragen und nun der Stumpf des Bruchsackes wie oben verlagert.

Der verlagerte Sack wird nach vorausgegangener Eröffnung und Prüfung des Inhaltes abgebunden und versenkt.

Um die Pforte zu schließen wird durch Zurückdrängen der Fascia intraabdominalis samt Peritoneum die weißlich glänzende periostale Auskleidung der oberen Kante des horizontalen Schambeinastes freigelegt. Es ist dies das Ligamentum pubic. Cooperi, eine mächtige Faserlage, die leistenförmig in querer Richtung längs dem Pecten oss. pubis vom Tuberculum pubicum bis zum Ligamentum ilio-pectineum verläuft.

An dieses Band wird die Muskelmasse des Obliquus intern. und des Transversus fixiert. Drei bis vier kräftige Seidenfäden werden durch die Muskulatur bis ins präseröse Gewebe durchgezogen. Durch stumpfe Haken wird nun die Vena femoralis lateralwärts etwas verschoben und durch Zurückdrängen der Muskulatur die obere Kante des Schambeins eingestellt.

Der untere Schenkel der Schlingen wird nun mittels stumpfwinklig abgebogener, gestielter Nadeln und Fadenschlingen (nach Art der Fergusson'schen Gaumennaht) oder durch Einfädeln in eine kleine halbkreisförmige Nadel direkt durch das Cooper'sche Band durchgezogen und von der medialen nach der lateralen Seite geknotet.

Was die Gebilde des Leistenkanals anbelangt, so kann der Samenstrang (nach Art der Methode Ferrari's) unter die tiefe Muskulatur (mit dem Austritte im Bogen am medialen Winkel) versenkt oder durch vorausgehende Abhebung von seinem Bette und Führung der tiefen Nähte unter ihm an die Außenseite der angenähten Muskulatur verlegt werden.

Dadurch wird der ganze Raum medial von der Vene durch eine dicke kontraktile Schicht verschlossen, eine Schicht, die bei Steigerung des intraabdominellen Druckes sich mit den Bauchmuskeln gleichzeitig kontrahiert, an Festigkeit und Widerstands-

fähigkeit zunehmend. Die Vereinigung der gespaltenen Aponeurose des Muscul. obl. extern., der Haut und die Anlegung eines Kompressionsverbandes beendigen die Operation.

An Prof. v. Hacker's Klinik in Innsbruck wurde das in Rede stehende Verfahren zum Normalverfahren bei eine Radikaloperation erheischenden Cruralhernien.

Als Assistent hatte ich daher Gelegenheit, diese Operation in vielen Fällen auch bei älteren Personen und in mehreren Fällen von Inkarzeration auszuführen und mich von dem ausgezeichneten Erfolge derselben zu überzeugen. Dabei fand ich, daß die quere Spaltung des Processus falciformis (Cornu sup.) und des Poupart'schen Bandes einerseits bei größeren irreponiblen und speziell bei eingeklemmten Fällen eine besondere Erleichterung der auszuführenden Verlagerung des Bruchsackes und andererseit eine nennenswerte Abkürzung der Operationszeit ergibt.

Nach Anlegung des Hautschnittes (parallel dem Poupart) wird, unter Abwärtsschieben der unteren Hautpartie, der Bruchsack bis zum Rande der Fossa ovalis abgelöst. Nachher Spaltung der Aponeurose des Externus und Herabschlagen des Poupart. Am oberen Rande der äußeren Bruchpforte wird zwischen Sack und Plica falcif. eine Kocher'sche Sonde direkt nach oben geführt, bis dieselbe an der abdominalen Seite des Lig. inguin., dem inneren Schenkelringe entsprechend, erscheint.

Auf der Sonde wird dann Ligament und Plica (oberes Horn) quer durchtrennt.

Unter dem Schutz der Sonde, nach Anlegung von Klemmen an eventuellen Gefäßen, die am Halse des Bruchsackes verlaufen (eine abnorm mit der Epigastrica inf. in einem Stamme vereinigte Art. obturatoria oder stärkere Anastomosen zwischen diesen beiden Gefäßen), wird die immer verdickte und dem Bruchsackhalse eng anliegende Fascia propria weiter gespalten. Nach Ausführung dieser Durchtrennungen kann man mit großer Leichtigkeit den Bruchsack nach oben entfalten und befreien.

Diese Art der Freilegung des Bruchsackes als Vorakt des Verschlusses der Bruchpforte nach Lotheissen, besonders bei Inkarzeration, möchte ich daher aus folgenden Gründen empfehlen:

Erstens wird die Trennung des Einschnürungsringes (insofern derselbe nicht im Innern des Bruchsackes selbst liegt) eine übersichtliche und offen unter Kontrolle des Auges fallende, beseitigt also das immerhin etwas unsichere blinde Arbeiten mit dem Herniotom und sichert gleichzeitig absolut vor Blutungen, die manchmal eine zeitraubende Blutstillung erfordern.

Zweitens dürfte die vollkommene Entfaltung des Halses, die bei infektiösem Bruchinhalt es ermöglicht, im Bereiche der gesunden Partie die Bauchhöhle aufzumachen und durch Tamponade vor der Eröffnung des infizierten Bruches zu schützen, vor der Methode der primären Eröffnung des Sackes und sekundärer Spaltung des Ein-

klemmungsringes durch Instrumente, die durch den infizierten Sack eingeführt werden müssen, manchen Vorteil ergeben.

Einige Nähte vereinigen, nach angelegter tiefer Naht, wieder das abgetrennte Poupart'sche Band.

Zum Schlusse sei bemerkt, daß der ganze Eingriff, auch bei ziemlich empfindlichen Personen, leicht unter Anwendung von lokaler Anästhesie durch Schleich'sche Infiltration ausführbar ist.

Meinem verehrten Chef Prof. v. Hacker spreche ich für die Anregung zu dieser Mitteilung meinen wärmsten Dank aus.

---

1) E. Ehrnrooth. Trauma als beförderndes Moment bei den durch einige Bakterien (resp. ihre Toxine) hervorgerufenen Veränderungen.

(Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu Helsingfors (Finnland). Herausgegeben von Prof. Dr. E. A. Homén. Abt. 1. p. 101. Mit 4 Tafeln.)
Jena, Gustav Fischer, 1902.

Der großen allgemein-pathologischen und besonders praktischen forensischen Bedeutung wegen, die die Kenntnis von dem pathogenetischen Zusammenhang, der möglicherweise zwischen dem Ausbruch infektiöser Krankheiten und einem vorhergegangenen Trauma vorhanden ist, hat E. durch eine große Reihe Versuche an Kaninchen sich Rechenschaft über die Fragen zu geben gesucht,

1) ob ein Trauma, Schlag oder Stoß auf den Kopf eines Versuchstieres, das in septhämischen Zustand versetzt worden ist, die Entstehung einer Bakterienlokalisation im Gehirn oder in den Hirnhäuten befördert,

2) inwiefern für die Entstehung des infektiösen Prozesses der Zeitpunkt des Traumas entweder vor, gleichzeitig mit oder nach der Infektion des Versuchstieres bestimmend sei.

Verf. hat einen Hammer konstruiert, der gestattet, Schläge mit gleicher Kraft auszuführen. Die Tiere wurden solange geklopft, bis deutliche Symptome cerebraler Reizung auftraten. Eine subkutane Schädelfraktur konnte in etwa $^2/_3$ der Fälle vermieden werden. Die Wirkung des Klopfens war folgende. Die ersten 5 Tage war unter der geklopften Stelle im subkutanen Zellgewebe eine mehr oder weniger reichliche Sugillation nachzuweisen. Die endokraniellen Schädigungen bestanden in Hyperämie und kleinsten epiduralen, subduralen oder subpialen Blutungen. In einigen Fällen fanden sich Veränderungen in den Nervenfasern, den Tangentialfasern und den tiefer in der Rinde gelegenen Fasern. Die veränderten Nervenfasern waren mehr oder weniger hochgradig angeschwollen.

Die Infektion der Tiere erfolgte gleichzeitig mit oder vor oder nach dem Klopfen durch Einspritzung der Bakterienkultur in die Vena saphena.

Die Resultate nach Injektion von 20—24 Stunden alten Streptokokkenbouillonkulturen waren folgende.

Von 95 geklopften und infizierten Kaninchen fand sich in 40% Infektion im Gehirn oder dessen Häuten gegen 13% bei den nur infizierten Tieren. Bei Tieren, bei denen eine subkutane Schädelfraktur nicht zu vermeiden gewesen war, ließ sich bedeutend häufiger eine Bakterienansiedlung im Gehirn nachweisen als bei denen, wo die Fraktur fehlte. Je länger die Intervalle zwischen dem Zeitpunkte des Klopfens und dem der Infektion waren, um so seltener entstand Infektion im Gehirn. Nach Ansicht des Verf. haben in erster Reihe die durch das Trauma hervorgerufenen zirkulatorischen Störungen, Stauungen im Venen- und Lymphsystem, Gefäßrupturen, teilweise auch die davon bedingten nutritiven Störungen den günstigen Nährboden für die Bakterien geschaffen. Der infektiöse Prozeß war in den Hirnhäuten und in der Hirnsubstanz auf der dem Trauma ausgesetzten Seite des Kopfes im allgemeinen bedeutend mehr entwickelt. Auf den Nährböden wuchsen aus dem Meningealexsudat der geschlagenen Seite in der Regel auch besonders reichliche Streptokokkenkulturen. Wie die Versuche lehrten, verschwinden die Streptokokken rasch wieder aus dem Gehirn. Die längste Zeit nach der Injektion, wo E. im Schnitt Streptokokken im Gehirn hat nachweisen können, betrug 10 Tage. Die Ausbreitung der Bakterien erfolgt aus den Meningen längs der Septen und Gefäßscheiden ins Gehirn. Hierbei halten sich die Kokken exakt an die perivaskulären Lymphräume. Auch in den Gehirnventrikeln, im Plexus choreoideus und im Ependym konnten Streptokokken wahrgenommen werden. In einer relativ geringen Zahl ließen sie sich auch in der Gehirnsubstanz selbst nachweisen. Sie lagen hier in oder in der Nähe von Blutextravasaten, die nach Verf.'s Ansicht teils traumatischen, teils entzündlichen Ursprungs waren. Die Kokken lagen frei zwischen den Zellen oder in den weißen Blutkörperchen. In den Ganglienzellen hat sie E. nicht auffinden können. Veränderungen fanden sich an den Ganglienzellen diffus im Gehirn, besonders jedoch in der Umgebung der infizierten Herde. Sie bestanden in einer Undeutlichkeit in der Anordnung der chromatophilen Elemente im Zellkörper und den Protoplasmaausläufern, einer beginnenden Feinkörnigkeit in denselben bis auf Zustände eines mehr oder weniger starken Zerfalls und Verschwindens dieser Elemente und des Kernes. Ferner glaubt E. in einigen Fällen, wo die Tiere wenige Stunden nach der Infektion gestorben waren, gesehen zu haben, daß die großen Pyramidenzellen in der Rinde am deutlichsten die beginnende Chromatolyse gezeigt hätten. Es wäre von vornherein sehr glaublich, daß derartige Zellen von hoher physiologischer Dignität relativ früh erkrankten. Im Vergleich zu den nur geklopften Tieren traten bei den auch infizierten die degenerativen Veränderungen im Gehirn bedeutend mehr hervor. Auch tief im Gehirn fanden sich namentlich in der Umgebung der Blutextravasate Degenerationsprodukte, Schollen und Körnchenzellen. Auch in den Nervenbahnen traten degenerative

und rein destruktive Prozesse bei den auch infizierten Tieren deutlicher hervor.

Die analogen Versuche mit Staphylokokken, Pneumokokken und Typhusbazillen ergaben im wesentlichen folgende Resultate. Die Staphylokokken rufen in den Hirnhäuten, den Ventrikeln und den Gefäßscheiden eine reichlichere Leukocyteneinwanderung hervor. In den Versuchen mit Staphylokokken wurden häufig gut abgegrenzte, oft multiple, vorzugsweise in der Hirnrinde gelegene Abszesse, deren Entstehung auf Gefäßembolien zurückzuführen war, beobachtet. Derartige Abszesse wurden bei Infektion mit Strepto- und Pneumokokken nie gesehen, dagegen einmal bei den Versuchen mit Bazillus typhi. Der Pneumokokkus hält sich weniger exakt als die Streptokokken an die Gefäßscheiden und an die Septa. Er dringt vielmehr von hier in die Nervensubstanz und wird frei zwischen den Zellen und den Nervenfasern liegend gefunden.

Das Hauptergebnis der Versuche ist, daß bei Kaninchen ein gegen den Kopf verübtes Trauma bei intravenöser Injektion einer Bakterienkultur prädisponierend für bakterielle Infektion des Gehirns oder der Hirnhäute wirkt. Dabei ist die infektiöse Erkrankung in bedeutendem Grade von der Stärke des Traumas abhängig.

Läwen (Leipzig).

---

2) **M. Björkstén.** Die Einwirkung der Staphylokokken und ihrer Toxine auf die Muskeln. (Vorläufige Mitteilung.)

(Arbeiten aus dem pathologischen Institute zu Helsingfors (Finnland). Herausgegeben von Prof. Dr. E. A. Homén. Abt. 1. p. 295. Mit 1 Tafel.)

Jena, **Gustav Fischer,** 1902.

B. injizierte Kaninchen Staphylokokkenbouillonkultur intravenös und Staphylokokkentoxin (Bouillonkulturfiltrat) subkutan. Die Tiere, die mit Toxin injiziert waren, gingen 15 bis 93 Tage nach der Injektion zugrunde. Die mit lebenden Staphylokokken injizierten Tiere lebten noch 3 bis 4 Wochen. Die Veränderungen in den Muskeln zeigten in beiden Versuchsreihen große Übereinstimmung. In den Muskelfasern fanden sich primäre, degenerative Veränderungen, oft von einer kleinzelligen Infiltration begleitet. In der Regel schien eine wachsige oder hyaline Degeneration vorzukommen. Eine deutliche fettige Degeneration konnte niemals beobachtet werden. Obwohl ein Tier bis 93 Tage nach der Toxininjektion lebte, waren deutliche Regenerationsvorgänge in den Muskeln nicht zu finden. In früheren Stadien ließen sich Blutungen oft innerhalb des Sarkolemma nachweisen. Das Bindegewebe war aufgelockert und wenigstens scheinbar vermehrt. **Läwen** (Leipzig).

---

3) **M. Björkstén.** Die Einwirkung einiger Bakterien und ihrer Toxine auf die Leber.

(Arbeiten aus dem pathologischen Institute zu Helsingfors (Finnland). Herausgegeben von Prof. Dr. E. A. Homén. Abt. 1. p. 209. Mit 3 Tafeln.)
Jena, **Gustav Fischer,** 1902.

B. stellte seine Versuche mit lebenden Bakterienkulturen und mit selbst hergestellten Streptokokken- und Staphylokokkentoxinen an. Die Tiere wurden entweder durch subkutane oder intravenöse Injektion allgemein infiziert oder es wurde die Leber direkt angegriffen, indem nach Eröffnung der Bauchhöhle ins Lebergewebe oder in den Ductus choledochus injiziert oder in den Gallengang durch die Dünndarmwand ein mit Bakterienkultur gefülltes, an den Enden zugeschmolzenes Kapillarröhrchen geführt wurde.

Von den Resultaten, die die zahlreichen Einzelversuche ergaben, seien nachstehende hervorgehoben. Strepto- und Staphylokokken können aus dem Blute in die Galle übergehen. Bei allgemeiner Infektion mit Streptokokken findet man sie auch in den Leberparenchymzellen eingeschlossen. Die bei der Infektion von Strepto-, Staphylo- und Pneumokokken auftretenden Veränderungen sind im Anfang hauptsächlich degenerativer Natur. In der Leber kommen nekrotische Partien vor, teils in Verbindung mit kleinzelliger Infiltration oder kleineren Blutungen. In einigen Venen sind die Endothelzellen stellenweise zugeschwollen oder kommen sogar Thrombosen vor. Die Arterien sind beinahe überall normal. Durch den Ductus choledochus communis kann die Leber mit Strepto-, Staphylo- und Pneumokokken infiziert werden, ohne daß allgemeine Infektion zustande kommt. Die Strepto- und Staphylokokken finden sich besonders in den Gallengängen, stellenweise auch in dem dieselben umgebenden Bindegewebe. Die Staphylokokken kommen auch in weißen Blutkörperchen eingeschlossen vor. In den Gallengängen entwickelt sich eine Angiocholitis. Nach Staphylokokkeninfektion können sich Abszesse bilden, die mit den Gallengängen im Zusammenhang stehen, oder es entwickelt sich eine vollständige Cirrhose. Der Anfang der Bindegewebsbildung ist ein sekundärer, nach Degeneration der Parenchymzellen auftretender Prozeß. Bei Injektion von Streptokokkentoxin in den Ductus choledochus communis treten Degeneration der Epithelzellen und Veränderungen im naheliegenden Bindegewebe ein. Dann degenerieren die am nächsten liegenden Parenchymzellen. Im Anschluß hieran ist eine kleinzellige Infiltration des Bindegewebes nachzuweisen. Der Prozeß kann in vollständige Cirrhose übergehen.

Nach Einführung lebender Pneumokokken oder von Staphylokokkentoxin in den Ductus choledochus fanden sich namentlich in den am nächsten vom Duodenum gelegenen Teilen eigentümliche Veränderungen. Die Lichtung des Ganges ist ersetzt durch eine große Anzahl neugebildeter Tochtergänge. Ihre Entstehung stellt sich B. folgendermaßen vor. Durch den Reiz des Toxins kommt

es zu einer Schwellung und Vermehrung der Epithelzellen der Gallengänge. Die Folge hiervon ist eine nach der Lichtung zu gerichtete Faltenbildung der Epithelschicht. Dort wo die Epithelzellen sich berühren, verschwinden sie, und die einander gegenüberliegenden Oberflächen wachsen durch Proliferation des Bindegewebes zusammen. Durch Wiederholung dieses Prozesses kommt es zur Bildung einer großen Anzahl von Hohlräumen, die vom ursprünglichen Gallengang abgetrennt sind und eben die »neugebildeten Gallengänge« darstellen.

Läwen (Leipzig).

---

4) **Bum.** Lexikon der physikalischen Therapie, Diätetik und Krankenpflege für praktische Ärzte.

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1903.

Als ich die jetzt erschienene erste Abteilung obigen Lexikons zur Hand nahm, glaubte ich nicht in kurzer Form eine derartige gute, um nicht zu sagen ausgezeichnete Darstellung unserer physikalischen Heilmethoden zu finden. Je mehr ich aber las, desto mehr war ich überrascht von der eingehenden Behandlung des Stoffes, von der knappen, aber dabei doch klaren Darstellung, die allen Anforderungen gerecht wird. Einzelne Artikel, wie »Abreibung«, »Arsonvalisation«, »Bad«, »Balneotherapie«, »Diät bei verschiedenen Erkrankungen«, »Massage des Bauches, der Extremitäten«, »Diätotherapie«, »Elektromagnetische Therapie«, »Heißluftbehandlung« sind so eingehend, daß der Leser völlig orientiert ist. Dabei ist der jetzige Standpunkt der Beurteilung in der objektivsten Weise gewahrt, so daß man kaum je den Eindruck vermißt, als wenn der Verf. nicht völlig Herr seiner Materie gewesen sei. Bei der großen Wichtigkeit, die die nicht medikamentöse und nicht operative Therapie jetzt für den Arzt und auch für den Chirurgen erlangt hat, und bei der Schwierigkeit gerade für den praktischen Arzt, in dieser Beziehung hinreichende Erfahrung zu haben, ist dies Lexikon als ein wichtiges Hilfsmittel mit Freuden zu begrüßen. Aber auch für den, der in langjähriger Tätigkeit im eigenen Hospital mit dem Gebiet zum größten Teil vertraut ist, wird das Lexikon eine wesentliche Unterstützung sein, sich gegebenenfalls in gründlicher Weise über die zu wählende Behandlungsart zu orientieren; und zwar ohne dabei Gefahr zu laufen, in Schematismus oder Halbwissen zu verfallen. Nicht allein orientierend, sondern auch anregend wirken ein großer Teil der klar und sachlich geschriebenen Artikel. Wenn die ferneren Abteilungen an Güte der ersterschienenen entsprechen, so wird das Werk als eine vorzügliche Bereicherung unserer medizinischen Literatur zu begrüßen sein und sicherlich dazu beitragen, die physikalische Therapie, wie sie es auch verdient, zum Gemeingut aller Ärzte zu machen.

Die Abbildungen so wie die Ausstattung ist sehr gut, so daß man bei dem billigen Preis die möglichste Verbreitung des Lexikons nur empfehlen und wünschen kann.

Borchard (Posen).

---

5) **Knott.** Contribution to the surgery of gastric ulcer.

(Vortrag auf der 54. Jahresversammlung der Americ. med. associat.)
(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Mai 23.)

K. bespricht die Symptome, Diagnose und Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der perigastrischen Verwachsungen und unter Anführung von 7 eigenen Fällen. Er schließt aus diesen: 1) Verwachsungen in der Umgebung des Magens infolge von chronischem Magengeschwür sind häufig. 2) Die Diagnose solcher müßte häufiger als bisher gestellt werden (Symptome und Untersuchungsmethoden vorher angeführt). 3) Durch die Operation kann in vielen Fällen so völlige Genesung eintreten, wie sie durch kein anderes Mittel erreichbar ist. 4) Die Operation ist manchmal äußerst einfach. 5) Sind zu breite Flächen verwachsen, so ist die Gastroenterostomie mit Belassung zu Verwachsungen vorzuziehen. 6) Übernähung der durchtrennten Verwachsungsstellen oder Verwendung von Cargile-Membran zur Verhütung von Wiederverwachsung ist in manchen Fällen von Wert.

Trapp (Bückeburg).

---

6) **H. Lindner.** Beiträge zur Magen-Darmchirurgie. Über die nervösen Erkrankungen des Colon.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Bei seinen Ausführungen wurde Verf. von dem Bestreben geleitet, seine eigenen Erfahrungen über die Neurosen des Colon, vorwiegend vom chirurgischen Standpunkte aus, im Zusammenhange klarzulegen. Es werden die neurasthenischen und hypochondrischen Zustände beschrieben, welche in mannigfachem Wechsel entweder als die Folgen der Störung einer normalen Funktion des Colon auftreten, oder selbst die Ursache für solche werden. So werden 4 Krankengeschichten angeführt von Fällen, bei welchen der ganze Verlauf keine andere Deutung zuließ, als daß die Störung der Darmtätigkeit auf einer Neurose beruhte, da sie durch einfache Laparotomie behoben wurden, bei welcher sich irgend welche organische Veränderungen nicht fanden. Für eine auf habitueller Obstipation beruhende Neurose des Colon kann die Ausschaltung des ganzen Colon radikale Hilfe schaffen; doch genügt eine seitliche Anastomose nicht, vielmehr muß das Ende des Dünndarmes vom Blinddarm abgetragen und in die Flexura sigmoidea eingepflanzt werden.

Blauel (Tübingen).

---

7) **Campbell.** The single cuff method of circular enterorraphy.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Mai 30.)

1) Unterbindung der Mesenterialgefäße an der Resektionsstelle des Darmes. 2) Zirkuläre Durchschneidung der Serosa und Muscularis. 3) Zurückschieben eines Zylinders, der von beiden gebildet wird, am distalen Darmende. 4) Durchschneiden des Darmrohrs, und zwar

des proximalen Endes an der ersten Einschnittstelle, des distalen soweit, daß noch 1 cm über den umgeklappten Rand der Serosamuscularis Muffe hervorragt. 5) Annähen des inneren Zylinders mit 8 Stichen an das proximale Ende. 6) Überklappen der Muffe über die Nahtstelle und Annähen an die Serosa des proximalen Endes. 7) Naht des Mesenterialschlitzes.

Die Vorteile sollen sein: 1) Leichte Ausführbarkeit und Schnelligkeit. 2) Bedeckung der Nahtstelle durch ein undurchdringliches Gewebe. 3) Druckbrand wird vermieden. Schnelle Verklebung der inneren Wandfläche der Muffe mit der Serosa findet statt. 4) Die Naht kann in 5—8 Minuten ausgeführt werden. 5) Jeder praktische Arzt kann die Operation leicht ausführen. 6) Schnelle Rekonvaleszenz, keine späteren Folgen (Stenosen u. dgl.). 7) Ausführbar an jedem Darmabschnitt. 8) Sicherstes Verfahren, da Undichtigkeit der Naht sicher vermieden wird. Verf. hat das Verfahren an 75 Hunden (genaue Protokolle), 2mal am Menschen ausgeführt. 3 Hunde starben, nur einer durch Undichtigkeit der Naht. **Trapp** (Bückeburg).

Kleinere Mitteilungen.

8) II. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie. 2. Juni 1903.

Vorsitzender: Geh.-Rat Prof. Hoffa-Berlin.

Vormittagssitzung.

A. Verhandlungen über die Sehnenplastik.

Vulpius (Heidelberg) berichtet über den heutigen Stand der plastischen Sehnenoperationen, gestützt auf über 400 eigene Operationen.

I. Die plastische Verlängerung wird erzielt durch Treppenschnitt nach Bayer und dessen subkutane Modifikation, durch frontale Spaltung der Sehne, durch Sehnendurchschneidung im Bereich des Muskelbauches, durch Anlegung einer künstlichen Sehne. Die Heilung verläuft wie in der Tenotomiewunde; an die primäre bindegewebige Regeneration schließt sich eine sekundäre tendinöse Regeneration. Durch Blutung und Infektion wird der erstere Prozeß begünstigt, infolgedessen erhält die Sehne mehr narbigen Charakter.

Die Resultate sind bez. der Form und Funktion der operierten Sehne sehr gute zu nennen.

II. Die Verkürzung erfolgt durch Exzision eines Sehnenstückes, Durchschneidung der Sehne und longitudinale Verschiebung, durch Faltenbildung, durch Raffnaht, durch aufsteigende periostale Überpflanzung. Die Heilung kommt unter lebhafter Regeneration und Degeneration zustande. Indikationen: Überdehnung von Muskel-Sehnennarben, paretische Erschlaffung (Inaktivität usw.).

Resultate: Wiederkehr der Funktion atrophischer Muskeln, z. B. bei der Behandlung der Radialislähmung. Fixation eines schlotternden Gelenkes durch Sehnenspannung tritt in Konkurrenz mit der Arthrodese, falls die Sehnen fest genug sind. Dies trifft wohl zu, wenn die Muskelbäuche ausgeschaltet sind (aufsteigende periostale Methode).

III. Die Sehnenüberpflanzung. Technik: Aufstellung des Operationsplanes durch Beobachtung der willkürlichen Bewegungen. Elektrische Untersuchung minder wichtig. Nicht zu berechnen sind oft die inaktivitätsatrophischen Muskeln. Operation unter strenger Asepsis und unter Blutleere. Vor der Trans-

plantation Beseitigung der Deformität. Ausgiebige Längsschnitte, Schonung der Sehnenscheiden. Von den verschiedenen Verpflanzungsmethoden bevorzugt V. die absteigende Transplantation auf den nicht durchschnittenen Kraftempfänger, und zwar aus technischen wie aus physiologischen Gründen. Man überpflanze möglichst funktionsverwandte Muskeln (Vorschlag der Etappenverpflanzung). Verlagern der Sehnen subfascial oder durch die Membrana interossea. Naht unter mittlerer Spannung mittels Knopf- und Kreuznähten; als Nahtmaterial bevorzugt V. die Seide.

Modifikationen: Die periostale Überpflanzung hat nach Lange zwei Vorteile: Es wird die paralytische und darum nachgiebige Sehne nicht verwendet. (Nach V. ist die gelähmte Sehne indessen widerstandsfähig genug.) Es ist die Wahl eines beliebigen Insertionspunktes möglich. (Nach V. ist die natürliche Insertion die beste.)

Ferner die ostale Methode von Wolff, die transossäre von Müller, die indirekte von Mainzer (identisch mit meiner Etappenverpflanzung). Wenn nötig, verlängert Lange die Sehnen mit Hilfe von Seidenfäden. Die Wunde wird völlig geschlossen, der Gipsverband bleibt etwa 6 Wochen liegen. Massage und Übungen, Schienenstiefel usw.

Indikationen und Resultate: Voraussetzung ist ein Funktionsverlust bezw. eine Gleichgewichtsstörung innerhalb der Gelenkmuskulatur, sowie Vorhandensein von genügend gesundem Muskelmaterial.

Resultat besteht sofort in Fixation des Gelenkes, es wird ein definitives durch den Heilverlauf. Letzterer ist bekannt durch Tierexperimente und durch Nachoperation. Es kommt nicht zu einer völligen Restitution von normalem Sehnengewebe. Die künstlichen Sehnen dienen als Leitseil für die jungen Sehnenfibrillen sie bewahren ferner während des Heilverlaufes die richtige Spannung. Das Endresultat ist abhängig von dem Muskelbefund: Je umschriebener die Lähmung, desto vollkommener der Erfolg.

Interessant ist die Physiologie der Überpflanzung: Bei totaler Überpflanzung eines Antagonisten ist anzunehmen, daß das Zentralnervensystem sich den veränderten Verhältnissen an der Peripherie anpaßt, oder daß auch im gesunden Organismus die Antagonisten sich an allen Bewegungen beteiligen.

Die Erfolge bestehen in Beseitigung der Deformität, Wiederkehr aktiver Beweglichkeit in normalen Bahnen, Verschwinden des Krampfes bei spastischen Lähmungen.

Mißerfolge entstehen durch Infektion, Ausreißen der Nähte, ungenügende oder übermäßige Überpflanzung.

Spezielle Indikationen: Periphere Lähmungen durch Verluste an Sehnen und Nerven. Spinale Lähmungen, die schlaffe Lähmung durch Poliomyelitis; hierbei die Verhältnisse für die Operation besonders günstig am Unterschenkel, aber auch am Oberschenkel und Vorderarm vorzügliche Resultate. Die spastischen Lähmungen cerebralen und spinalen Ursprungs sind zu scheiden in Hemiplegien und Diplegien. Zu ersteren gehören die cerebrale Kinderlähmung, die apoplektische Lähmung, zu den letzteren namentlich die Little'sche Krankheit.

Außer den Lähmungen eignen sich zur Überpflanzung manche Fälle von arthrogener Kniekontraktur, ferner von kongenitalem Klumpfuß. Vereinzelt wurden überpflanzt der Knick- und Plattfuß, der Hallux valgus, die Patellarluxation usw.

IV. Verschluß von Sehnendefekten: Autoplastisch durch Lappenbildung, Plastik nach Hertle durch Benutzung einer Nachbarsehne, Einnähung von tierischen oder menschlichen Sehnen, Einheilung von künstlichen Sehnen.

Über Möglichkeit dieser Plastiken und ihre schönen Erfolge sind wir durch Experimente und Operationen am Menschen unterrichtet. (Selbstbericht.)

Lange (München) bespricht zunächst seine Operationspläne, die wesentlich von denen des Vorredners abweichen. Früher ist L. ebenso vorgegangen, wie Vulpius es heute noch tut. Er hat sich an die natürlichen Muskelverhältnisse gehalten und hat jeden gelähmten Muskel dadurch mit lebender Muskelsubstanz

versehen, daß er die Hälfte oder ein Drittel vom benachbarten gesunden Muskel auf den gelähmten Muskel verpflanzte.

Ein solches Verfahren ist ganz geeignet, um z. B. an einem deformierten Fuß eine normale Fußform zu erzielen und um das Rezidiv einer paralytischen Deformität nach dem Redressement zu verhüten. In funktioneller Hinsicht lassen die Resultate einer solchen Operation aber viel zu wünschen übrig, weil die abgespaltenen Muskelpartien in der Regel nicht funktionelle Selbständigkeit erlangen, sondern immer gleichzeitig mit dem stehengebliebenen Muskelreste sich kontrahieren.

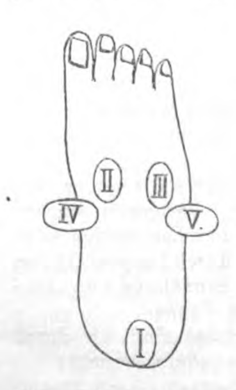
Hat man z. B. bei einem schweren paralytischen Klumpfuß die gelähmten Pronatoren durch einen halben Supinator (Tibialis anticus) ersetzt, und lernt der abgespaltene Teil nicht unabhängig vom Stammuskel zu arbeiten, so vermögen die Pat. nicht den Fuß gesondert zu supinieren und zu pronieren. Die weitere Folge davon ist, daß sie den operierten Fuß beim Gehen nicht den Unebenheiten des Terrains anpassen können und unsicher und unschön gehen.

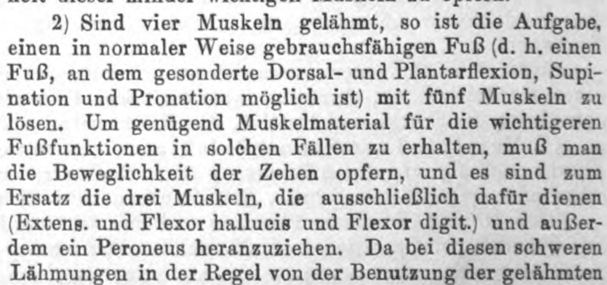
Noch minderwertiger ist das funktionelle Resultat bei schweren paralytischen Spitzfüßen, bei denen man zum Ersatz für die gelähmten Dorsalflektoren Teile des Gastrocnemius benutzt hat. Die abgespaltenen Partien des Gastrocnemius erlangen nach den Beobachtungen des Vortr. niemals funktionelle Selbständigkeit, und infolgedessen ist an solchen operierten Füßen jede gesonderte Dorsal- und Plantarflexion unmöglich; denn die Dorsal- und Plantarflektoren kontrahieren sich stets gleichzeitig und fixieren den Fuß in einer einzigen Mittelstellung, im besten Falle in rechtwinkliger Stellung, so daß das Operationsresultat einer solchen Sehnenverpflanzung sich nicht wesentlich über das einer Arthrodese erhebt.

Diese Beobachtungen veranlaßten L. zu einer vollständigen Änderung seiner Operationspläne. Er sucht möglichst Abspaltungen der Muskulatur (die partielle Plastik) zu vermeiden und benutzt zum Ersatz der gelähmten Muskeln möglichst ganze und funktionsverwandte Muskeln (totale Plastik), um sicher die funktionelle Selbständigkeit des neuen Muskels und damit eine normale Gebrauchsfähigkeit des operierten Fußes zu erzielen.

Dieses Verfahren zwingt, minderwichtige Muskeln oder mindestens die funktionelle Selbständigkeit solcher Muskeln im Interesse wichtigerer Muskeln zu opfern. Am Fuß, der infolge von Poliomyelitis deform geworden ist, zeigt L. sein Vorgehen eingehender.

1) Sind 1—3 Muskeln gelähmt, so stehen zur Verfügung Extens. hall. long. Flexor hall. long. und ein Peroneus. Je nach Bedarf werden ein oder zwei von diesen Muskeln oder auch alle drei durchschnitten und der zentrale Teil auf die gelähmte Sehne verpflanzt. Das periphere Ende des Ersatzmuskels wird aufsteigend an den funktionsverwandten Muskel angehängt (Extens. hall. an Extens. digit., Flexor hall. an Flexor digit., Peroneus longus an Peroneus brevis). Bei diesen leichten Lähmungen braucht man nur die funktionelle Selbständigkeit dieser minder wichtigen Muskeln zu opfern.





2) Sind vier Muskeln gelähmt, so ist die Aufgabe, einen in normaler Weise gebrauchsfähigen Fuß (d. h. einen Fuß, an dem gesonderte Dorsal- und Plantarflexion, Supination und Pronation möglich ist) mit fünf Muskeln zu lösen. Um genügend Muskelmaterial für die wichtigeren Fußfunktionen in solchen Fällen zu erhalten, muß man die Beweglichkeit der Zehen opfern, und es sind zum Ersatz die drei Muskeln, die ausschließlich dafür dienen (Extens. und Flexor hallucis und Flexor digit.) und außerdem ein Peroneus heranzuziehen. Da bei diesen schweren Lähmungen in der Regel von der Benutzung der gelähmten Sehne abgeraten werden muß und statt dessen die periostale Plastik vorzuziehen ist, zeigt L. an einer schematischen Fußzeichnung die Knochenpunkte, welche mit lebender Muskelsubstanz versehen werden müssen. Bei I (Calcaneus) greift der

Plantarflektor (Gastrocnemius) an; bei II und III inserieren die Dorsalflektoren (Tibialis ant. und Peroneus tertius), bei IV der Supinator (Tibialis posticus), bei V der Pronator (Peroneus brevis).

Stehen nur noch vier von den neun langen Fußmuskeln zur Verfügung, so werden die Punkte II und III von einem einzigen Muskel versorgt.

3) Wenn von den neun langen Muskeln sechs gelähmt sind, so läßt sich noch ein Fuß schaffen, an dem die vier oben genannten wichtigsten Bewegungen möglich sind, wenn auch mit verminderter Kraft. Mit den vorhandenen drei Muskeln werden dann nur die Punkte I, II und III versehen. Bei I greift wie gewöhnlich der Plantarflektor an, bei II der supinierende Dorsalflektor, bei III der pronierende Dorsalflektor.

Sind nur noch zwei Muskeln vorhanden, so müssen die Punkte II und III durch einen Muskel versorgt werden. An solchen Füßen ist in der Regel nur gesonderte Dorsal- und Plantarflexion, aber nicht mehr Supination und Pronation möglich. Um sicher gehen zu können, brauchen die Pat., an denen eine solche Operation ausgeführt ist, feste Stiefel und eine Celluloid-Stahldrahteinlage.

Ist nur ein einziger Muskel vorhanden, so kann die Spaltung und Verpflanzung desselben vorteilhaft sein zur Bekämpfung von Kontrakturen; eine aktive Beweglichkeit des Fußes ist aber durch einen einzigen Muskel nicht zu erzielen, und man muß deshalb in der Regel solche Füße künstlich durch eine Schieneneinlage aus Celluloid-Stahldraht oder eventuell durch eine Arthrodesenoperation versteifen.

Da die Durchführung dieser Operationspläne nur dank der Methode der seidenen Sehnen und der periostalen Plastik möglich geworden ist, geht L. eingehender auf beide Methoden ein. Vulpius befürchtet, trotzdem er selbst bei der Quadricepslähmung die alte Methode aufgegeben hat und statt ihrer die periostale Plastik anwendet, daß die Vernähung am Periost nicht so sicher ist als an der gelähmten Sehne. L. hat deshalb Versuche an Leichen gemacht. An einer kindlichen Leiche riß die Vulpius'sche Naht bei einem Zuge von 2—3 kg, die periostale Naht dagegen erst bei 14—15 kg. Am Lebenden liegen die Verhältnisse für die Vulpius'sche Naht noch viel ungünstiger, da die gelähmte Sehne bei weitem nicht die Zugfestigkeit hat wie die normale Sehne. Eingehend bespricht L. dann die Technik der periostalen Naht, welche nicht nur an der Haut des Periosts, sondern auch an den Sehnenansätzen, den Gelenkbändern und dem Knorpel angreift.

Dann geht der Vortr. auf die Technik der seidenen Sehnen ein. Er bespricht ausführlich die Gefahren der seidenen Sehnen, den Spannungs- und den Knotendecubitus, und zeigt, wie dieselben sich vermeiden lassen. Die Gefahr des Fadenabszesses, die Vulpius sehr hoch einschätzt, da er bei 25% seiner Fälle dies unliebsame Ereignis erlebt hat, hält L. für sehr gering. Er hat bei allen seinen Sehnenplastiken, die er in den letzten 7 Jahren ausgeführt hat und unter denen sich 126 Plastiken mit seidenen Sehnen finden, nur bei etwas über 2% Fadenabszesse beobachtet. Den auffallend großen Unterschied zwischen diesen Zahlen (Vulpius 25% — Lange 2%) glaubt der Vortr. darauf zurückführen zu dürfen, daß Vulpius die Wunde vollständig vernäht, während L. für 48 Stunden drainiert und dadurch den gründlichen Abfluß der Sekrete ermöglicht.

Endlich zeigt der Vortr. mikroskopische Präparate von seidenen Sehnen, die 3 und 2 Jahre funktioniert hatten und gelegentlich einer notwendigen Nachoperation gewonnen wurden. Aus denselben war zu ersehen, daß die seidenen Sehnen nicht nur von echtem Sehnengewebe umwachsen werden, sondern daß das Sehnengewebe auch in das Innere der seidenen Sehnen eindringt und in denselben einen Kern von lebendem Gewebe bildet.

Zum Schluß bespricht L. seine Stellung gegenüber der ursprünglichen Nicoladoni'schen Methode (Sehne und Sehne). Er wendet diese alte Methode vorwiegend bei leichteren Aufgaben, z. B. bei Sehnenplastiken an der Hand an, während er für alle schwereren Aufgaben entschieden der periostalen Plastik den Vorzug gibt, welche die größere Sicherheit des Erfolges gewährleistet und volle Freiheit bei Aufstellung der Operationspläne gibt. (Selbstbericht.)

A. Schanz (Dresden). **Erfahrungen mit Sehnen- und Muskeltransplantationen.**

Meine Erfahrungen decken sich zum großen Teil mit den Berichten der Herren Referenten.

Er ist von anderen Gesichtspunkten aus wie Lange dazu gekommen, möglichst einfache Operationspläne zu suchen und zur Anwendung zu bringen. Er hält den Erfolg der Operation für um so sicherer, je einfacher ihr Plan ist: Die Operation ist schneller durchzuführen, die Asepsis weniger gefährdet; der Körper wird sich in die neu geschaffenen Verhältnisse um so leichter hineinfinden, je einfacher sie sind. Bei komplizierten Operationen, wo z. B. sechs und mehr neue Sehnenverbindungen um ein Fußgelenk herum hergestellt worden, sind unbeabsichtigte Verwachsungen zwischen den verwundeten Sehnen unvermeidbar. Man erhält tendinöse Fixationen, die viel billiger zu erreichen gewesen wären.

Bei der Ausführung der Operationen erwähnt Redner als Besonderheit, daß er sehr lange Hautschnitte anlegt, weil durch diese das Operationsfeld übersichtlich gemacht wird und weil alsdann die neuen Verbindungen in direktem Verlauf zwischen Ursprungs- und Ansatzstelle ausgespannt werden können.

Als Material für versenkte Nähte benutzt er Draht.

Den kraftnehmenden Muskel durchschneidet er niemals.

Von einzelnen Operationen erwähnt er seine Quadricepstransplantationen, weil diese ihm durch ihre Erfolge besonders viel Freude gemacht haben. Er hat als Kraftspender Sartorius und Biceps, oder statt des letzteren den Tensor benutzt und hat dieselben in die Quadricepssehne direkt an der Patella eingehenkt. Er hat dabei niemals eine seidene Sehne, wie sie Lange für nötig erklärt, anlegen müssen, und trotzdem stets ein volles Resultat erreicht.

In einem Falle von veraltetem Kniescheibenbruch hat er die Funktion des Streckapparates dadurch wieder hergestellt, daß er den Sartorius über die Bruchstücke der Kniescheibe herüber lagerte und mit demselben vereinigte. (Pat. wurde der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vorgestellt.)

Die Bedenken, welche Vulpius gegen die vom Redner empfohlene zweizeitige Operation des Spitzklumpfußes geäußert hat, kann er nicht anerkennen, seine Resultate sind ausnahmslos günstig gewesen.

In neuerer Zeit hat S. bei Klumpfußoperationen fast regelmäßig eine Luxation und eine Verkürzung der Peronei ausgeführt. Man erreicht dadurch einen direkteren Verlauf der Muskeln und damit günstigere Arbeitsbedingungen derselben, und man setzt in ihrer Wirkung an die Stelle der Beugungskomponente eine Streckungskomponente. (Selbstbericht.)

Codivilla (Bologna). Technik der Sehnenüberpflanzung.

Sich auf 160 Fälle mit 250 operativen Eingriffen berufend, macht Vortr. auf einige Einzelheiten in der Technik der Sehnenüberpflanzung aufmerksam.

Die Überpflanzungsformel wird in erster Linie durch die Prüfung der funktionellen Verhältnisse am betreffenden Gliede, sowie durch die direkte anatomische Untersuchung, in letzter Linie durch die elektrische Prüfung des Muskels bestimmt.

Vortr. gibt der Behandlung in zwei Zeiträumen den Vorzug: Zuerst wird die Beseitigung der Deformität auf unblutigem Wege angestrebt; dabei soll funktionelle Therapie die Inaktivitätsstörungen beheben und dazu beitragen, die verkürzten Muskeln zu verlängern. Erst nachher wird zur Sehnentransplantation geschritten.

Falls die Funktion des überpflanzten Muskels sich nicht als absolut unentbehrlich erweist oder von anderen Muskeln übernommen werden kann, ist, abgesehen von Muskeln, die ohnehin anatomisch schon zu einer Teilung ihrer Funktion geeignet erscheinen, die Totaltransplantation vorzuziehen. Zwar verdienen funktionell verwandte Muskeln den Vorzug, wo es aber nicht anders möglich, kann man ganz gut die Transplantation unter Antagonisten ausführen.

Die ostale bezw. die periostale Überpflanzung wird vom Vortr. nur ausnahmsweise vorgenommen, indem er mit Vorliebe die Transplantation unter

Sehnen übt. Auf das Periost werden die Sehnen durch Kettenverschlingung fixiert.

Ferner weist Vortr. auf Änderungen der Muskelfunktion hin, die durch künstliche Ablenkung des normalen Sehnenverlaufes erweckt werden können (Überführung des Peroneus und Tibialis posterior in die Stellung, die er als Flexionsstellung bezeichnet).

Für Sehnenverlängerungen ist er nicht besonders günstig eingenommen und möchte dieselben lieber auf funktionellem Wege erstreben. Zur Verkürzung führt er die schiefe Durchtrennung und passende Zusammennähung der Sehne aus.

Als komplementäre Eingriffe gelten mitunter Verengerung der Gelenkkapsel und Verkürzung der Bänder. Hierbei deutet Vortr. auf eine Methode hin, das Lig. teres am Hüftgelenk zu verkürzen. Zu akzessorischen Verstärkungen hat er zuweilen in nächster Nähe der Gelenke befindliche Sehnen verwendet und, von derselben Vorstellung ausgehend, dieselben, unter Umgehung der Arthrodese, zur Fixierung der Gelenke herangezogen. Für verlorene Nähte macht er von dünnem Silkfaden Gebrauch. Auch benutzt er besondere Instrumente, die vorgezeigt werden. (Selbstbericht.)

Wittek (Graz). Die Bedeutung der Sehnentransplantation für die Behandlung choreatischer Formen der infantilen Cerebrallähmung.

Es handelte sich um ein 9jähriges Mädchen, welches bis zum 3. Lebensjahre vollständig normal entwickelt war, dann aber plötzlich nachts an Konvulsionen bei gleichzeitiger Bewußtseinsstörung erkrankte. Nach Ablauf der akuten Erscheinungen (nach 3 Wochen) resultiert endlich ein dauerndes Krankheitsbild mit Erscheinungen einer hochgradigen spastischen Paraplegie, vergesellschaftet mit Athetose und Chorea (Stehen und Gehen unmöglich); ohne Blasen-, Mastdarm- und Sensibilitätsstörungen. Nach dem akuten Einsetzen, Verlauf und Residualsymptomen zu urteilen, hat es sich hierbei um eine cerebrale Erkrankung, wahrscheinlich encephalitische Prozesse, gehandelt. Das Krankheitsbild gehört somit in die große Gruppe der cerebralen Kinderlähmung und infolge des auffälligen Hervorragens von unwillkürlichen Bewegungen in jene Gruppe, die Freud unter dem Namen der choreatischen Diplegien zusammenfaßt. Die Prognose dieser Fälle war nach Freud eine trostlose. Hoffa berichtet allerdings über auffallende Besserungen nach langer Fixierung der unruhigen Extremitäten in Schienen-Hülsenapparaten. In diesem Falle waren aber derartige Behandlungsversuche resultatlos verlaufen, so daß sich W. entschloß, operativ vorzugehen, nach dem Beispiel Codivilla's, der über Behebung unwillkürlicher posthemiplegischer Bewegungen durch Sehnentransplantation berichtet hat.

Es wurde deshalb (erst an einem Beine) der Ileopsoas (nach Heusner) tenotomiert, am Knie aber Biceps einerseits, Semimembranosus sowie Semitendinosus andererseits auf die Streckseite (oberen Patellarrand) überpflanzt. Nach 4 Wochen zeigt sich nach der Verbandabnahme ein überraschend günstiges Resultat. Die choreatischen Bewegungen bleiben am Knie vollständig aus, an der Hüfte erscheinen sie wesentlich gemildert; nach wenigen Wochen kann die Kranke auf Kommando das Knie beugen und strecken. Deshalb wird auch das zweite Bein operiert, und läßt sich dasselbe Resultat erzielen. Durch eine energische Übungstherapie gelingt es, die Kranke, ohne Zuhilfenahme von Schienen-Hülsenapparaten usw., zur aufrechten, selbständigen Fortbewegung auf Krücken zu bringen, was vordem absolut unmöglich war. Es ist also durch die Operation nicht nur ein Schwinden der choreatischen Unruhe, sondern auch eine willkürliche Beweglichkeit ermöglicht worden. Und zwar sind die Resultate am Knie (Transplantation) in beiden Beziehungen bessere als an der Hüfte (Tenotomie), weshalb der Gedanke nahe lag, in ähnlichen Fällen auch an der Hüfte eine Überpflanzung ermöglichen zu wollen. Leichenversuche haben ergeben, daß diese Operationsidee ausführbar erscheint, und zwar in der Form, daß der Ileopsoas vom Trochanter minor abgelöst wird, um auf die Rückseite des Trochanter major überpflanzt zu werden. Dadurch wird er zu einem Strecker der Hüfte, der gleichzeitig als Abduktor des

Beines funktioniert. (Diese Nebenwirkung ist bei dem mehr oder weniger bestehenden Adduktorenspasmus dieser Kranken nur von Vorteil.) Die Verlaufsrichtung des überpflanzten Muskels ist zwar eine winklig geknickte, aber nicht ungünstigere als dies beim Musculus obturator internus normalerweise der Fall ist, so daß sich eine ausreichende, korrigierende Funktion hoffen läßt.

Es wird Sache weiterer Untersuchung sein, ob sich durch die operativen Eingriffe in allen Fällen derartig günstige Ergebnisse erzielen lassen.

Die Ermöglichung willkürlicher Beweglichkeit wird immer von dem Intelligenzgrad der Kranken abhängen. Sollten aber die choreatischen Bewegungen stets nach der Operation verschwinden, so wird man mit dem blutigen Eingriff selbst bei idiotischen Kindern diesen selbst, ihren Eltern und Pflegern Gutes tun. (Selbstbericht.)

Reiner (Wien) berichtet über eine Methode zur tendinösen Fixation von Gelenken bei totaler Lähmung. Die Methode, die er Tenodese benennt, besteht in der Herstellung künstlicher Insertionspunkte für natürliche oder künstliche Sehnen und bezweckt die Fixation der Gelenke und die Verhinderung des Eintritts von Lähmungsdeformitäten resp. die Verhinderung des Rezidivs nach der Korrektur. (Selbstbericht.)

Seggel (München) berichtet kurz über seine Befunde bei experimenteller Sehnenplastik an der Tricepssehne des Kaninchens, die in den Beiträgen zur klinischen Chir. Bd. XXXVII veröffentlicht sind, und demonstriert die mikroskopischen Präparate vom 15., 30., 50. und 90. Tage. Nach denselben ist genau zu erkennen, daß der Bluterguß, der die Plastikschlinge zunächst umgibt, vom Peritenonium aus organisiert wird. Letzteres bildet in seinen äußeren Schichten eine fibrilläre Scheide. Die Regeneration in der Sehne selbst setzt erst am 15. Tage ein, nachdem eine beträchtliche Hyperämie des Sehnenstumpfes als Vorstadium zu konstatieren gewesen ist. Am 30. Tage ist die Regeneration besonders in den zentralen Partien außerordentlich entwickelt. Am 50. Tage ist der Höhepunkt der Organisation erreicht. Die vom proximalen Sehnenstumpf aus entstandene neue Sehne erstreckt sich durch die ganze Länge des Defekts und ist von dem noch um den Plastikfaden nachweisbaren primären Ansatzgewebe haarscharf geschieden. Am 90. Tage kann von einem Übergang in den Ruhezustand noch nicht gesprochen werden; es können sogar noch hier Regenerationserscheinungen in nekrotisch gewordenen Sehnenpartien nachgewiesen werden. Diese ganze sekundär einsetzende Sehnenregeneration ist in ihrer Qualität unabhängig von den äußeren Momenten der Spannung und der Funktion. (Selbstbericht.)

Diskussion. Josef (Berlin) demonstriert einen Fall von Kinderlähmung, bei welchem er die Überpflanzung des gelähmten Tib. anticus und Extensor digit. com. auf den Sartorius ausgeführt hat. Die Plastik ist mißlungen, trotzdem trat nach der Operation aktive Streckfähigkeit der Zehen ein. J. führt diese Regeneration auf die Verletzung des Muskels bei der Operation zurück.

Müller (Stuttgart) zeigt einen Trokar zur Tunnellierung der Knochen behufs Durchführung von zu überpflanzenden Sehnen.

Gocht (Halle a. S.) plädiert zunächst für ausgiebige Redression, er glaubt gegenüber Lange, daß auch Antagonisten entnommene Muskelpartien isoliert funktionieren.

Spitzy (Graz). Heilung einer Sehnenluxation durch Sehnenbindung.

Vortr. berichtet über einen Fall von Luxation der Sehne des M. extens. poll. long. bei einem jungen Manne. Im Verlaufe einer neuromuskulären Erkrankung war es unter anderem zu Parese der kleinen Handmuskeln gekommen. Infolge der Relaxation der Gewebe in den betroffenen Gebieten einerseits, wie vielleicht infolge des gestörten Muskelgleichgewicht andererseits, glitt die schief über den Handrücken laufende Sehne des langen Daumenstreckers vom Metacarpusköpfchen zeigefingerwärts ab und vermittelte in dieser pathologischen Lage bei Kontraktion des Muskels nicht mehr Extension, sondern Adduktion des Daumens. Das Über-

wiegen dieser Bewegungsrichtung war nun so stark, daß der Daumen fortwährend den anderen Fingern angepreßt gehalten wurde; Abduktion und Opposition waren verloren. Die Affektion war auf beiden Händen in fast gleicher Weise vorhanden. Durch Bloßlegung der Sehne, seitliche Anfrischung derselben wie der Sehne des Extens. poll. brevis, ferner durch Vereinigung (»Bindung«) dieser Sehne durch Längsnaht wurde die luxierte Sehne reponiert und dadurch der normale Bewegungsmodus wieder hergestellt. Die Resultate sind aus den demonstrierten Bildern ersichtlich. Die ausführliche Arbeit folgt im Archiv für orthopäd. Chirurgie. (Selbstbericht.)

Möhring (Kassel) erwähnt noch eine Art der Sehnenverlängerung ohne Trennung des Zusammenhanges. Sie besteht in einer doppelten queren Einkerbung von zwei Längsschnitten aus; er wendet diese Methode besonders bei Caput obstipum an.

Drehmann (Breslau) kann sich das Wiederauftreten der Funktion durch Verletzung des gelähmten Muskels in dem Josef'schen Falle nicht erklären; er glaubt, daß durch Narbenschrumpfung eine Verkürzung des Muskels eingetreten ist. So sehen wir auch beim Tragen einfacher Hülsenapparate oft nach Jahren noch Wiederauftreten der Funktion einzelner Muskelpartien.

Hoffa (Berlin) empfiehlt zum Ersatz der Arthrodese bei paralytischen Fußgelenksdeformitäten eine Verkürzung sämtlicher Strecksehnen nach einem einfachen Operationsplan, welchen er am folgenden Tage demonstriert.

Drehmann (Breslau).

F. Lange (München) bemerkt zum Vorschlag des Herrn Reiner, daß er bereits seit 3 Jahren künstliche Gelenkbänder aus Seide bildet. Die Seide heilt bei diesen Operationen ohne Schwierigkeiten ein und scheint sich ebenso mit lebendem Gewebe zu umwachsen wie die seidenen Sehnen. In Frage kommt die Bildung von künstlichen Gelenkbändern bei paralytischen Spitzfüßen, an denen alle Muskeln gelähmt sind. Hier hat L. künstliche Bänder auf der Dorsalseite von der Tibia zum Naviculare und von der Fibula zum Cuboid. gebildet, um den Fuß in rechtwinkliger Stellung zum Unterschenkel zu fixieren.

Ferner hat L. bei schweren Schlotterkniegelenken künstliche Bänder am Condylus medialis gebildet, um die Rekurvatum- und Valgumstellung des Gelenkes unmöglich zu machen. Die Resultate dieser Operation und der gleichzeitig damit ausgeführten Fältelung und Verkürzung des Semitendinosus und Semimembranosus sind bisher sehr gut, und L. hofft, daß diese Operation die typische Behandlung für die bisher so schwer heilbaren Schlottergelenke des Knies bilden wird. (Selbstbericht.)

Reiner (Wien) hat experimentelle Versuche an Hunden mit Seidenligamenten vorgenommen und fand bei einem wirkliche Anbildung bindegewebiger Substanz.

Vulpius glaubt, daß an jedem Muskel geteilte Funktion zu erreichen ist, nur muß die Sehne bis in den Muskel hinein gespalten werden. Er bleibt der von ihm geübten Überpflanzung von Sehne zu Sehne treu, warnt vor Tamponade. (Selbstbericht.)

Bardenheuer (Köln) spricht zur Behandlung der intra- und juxtaartikulären Frakturen mittels Extension und orthopädischen Maßnahmen während der eigentlichen Frakturheilung. Er wendet sich gegen die Knochennaht bei subkutanen Frakturen, welche er nur bei der Patellarfraktur, aber auch nicht in allen Fällen, anwendet. Er schildert die von ihm geübte Extension, welche nicht nur als Längsextension, sondern auch als quere und rotierende angewandt wird.

B. hat in 20 Jahren unter 9500 Extremitätenbrüchen nie eine Pseudarthrose erlebt.

205 Gelenkfrakturen aus dem vorigen Jahre werden in bezug auf Art der Extension und Ausführung der frühzeitigen Bewegungen besprochen und die Erfolge an einer großen Anzahl von Röntgenbildern demonstriert.

Finck (Charkow) spricht über die absolute Ausgleichbarkeit des spondylitischen Buckels im Bereiche der unteren Hälfte der Wirbelsäule. Die Ausgleichung ist während der ersten Zeit der Erkrankung vorzunehmen, sie geschieht gradatim bei Rückenlage im Gipsbett durch Unterschieben von Polstern. Von 16 Fällen sind 6 völlig geheilt, wie an Photogrammen und Röntgenbildern nachgewiesen wird. **Drehmann** (Breslau).

(Schluß folgt.)

---

9) R. Park (Buffalo). A case of perforating gunshot wound of the stomach and liver with posterior throug drainage and recovery.

(Annals of surgery 1902. August.)

P. berichtet über eine Pat., welche sich einen Schuß mit einer 22 Kaliber-Pistole in der Magengegend beigebracht hatte. Der Proc. ensiformis sterni war abgebrochen, der linke Leberlappen durchschossen und der Magen an der kleinen Kurvatur so durchtrennt, daß nur ein Loch vorhanden war. Das Geschoß wurde nicht gefunden, das Pankreas schien nicht verletzt. P. vernähte zunächst die Magenwunde in drei Etagen. Sodann ging er mit einer langen Kornzange durch das Lig. gastrohepaticum nach dem linken Angulus costo-spinalis zu ein und machte dort vom Rücken her eine Gegenöffnung, durch welche er ein Drain etwa bis zum Pankreas einführte. Nach Entleerung der Blutmassen aus der Bauchhöhle stillte er die Blutung aus der Leber durch Tamponade, deren Ende er aus der Bauchwunde herausleitete, führte dann einen Gazestreifen von vorn her ein bis etwa zum inneren Ende des von hinten her eingeführten Drains und schloß die Bauchwunde bis auf den oberen Winkel, aus dem die beiden Gazestreifen herausgeleitet waren.

Pat. erhielt vier Tage lang keine Nahrung per os. Der vordere Gazestreifen wurde am dritten Tage entfernt, der Lebertampon am fünften. Das Drain wurde am dritten Tage gekürzt, am fünften Tage entfernt. — Völlige Heilung.

Verf. glaubt den günstigen Ausgang durch Anwendung der hinteren Drainage herbeigeführt zu haben und rät, diese Methode in Fällen, wo sich der Schußkanal in der Tiefe der Bauchhöhle verliert, stets anzuwenden. **Seefisch** (Berlin).

10) O. Langemak. Sero-fibrinöse Peritonitis nach akuter Enteritis, durch Laparotomie geheilt.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Bei einem 14jähriger jungen Menschen bildete sich im Verlaufe einer akuten Osteomyelitis im Anschluß an eine akute Enteritis eine sero-fibrinöse Peritonitis aus. Durch die Laparotomie wurde sowohl die Diagnose gesichert, als auch eine vollständige Heilung herbeigeführt. Da sich alle anderen Möglichkeiten einer Ätiologie ausschließen ließen, nimmt Verf. an, daß die Infektion in diesem Falle vom Darme aus auf dem Wege der Lymphgefäße ohne Kontinuitätstrennung erfolgt sei. **Blauel** (Tübingen).

11) L. Bornhaupt. Zur Frühoperation der Appendicitis.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 2.)

Verf. veröffentlicht die Erfahrungen über Appendicitis, wie sie im Rigaer Stadtkrankenhaus gemacht wurden, wo man über eine Summe von 268 Fällen verfügt. Aus den zahlreichen einzelnen Beobachtungen sei nur einiges erwähnt. B. rät dringend, auch bei Intervall- und Frühoperationen, bei welchen der Inhalt des Wurmfortsatzes nicht ganz einwandsfrei ist, mit einem Gazestreifen zu drainieren, da man auf diese Weise manchmal eine tödliche Peritonitis verhütet. Die Kotfisteln, welche sich nach Appendicitisanfällen bildeten, schlossen sich regelmäßig, wenn sie dem Stumpf des Wurmfortsatzes entsprachen. Die von anderen Teilen des Blinddarmes ausgehenden mußten dagegen operativ geschlossen werden. In

vier Fällen wurde nach Appendicitis mit chronischem Verlaufe ein Darmverschluß beobachtet, so daß eine Enteroanastomose angelegt werden mußte; in zwei Fällen kam jedoch die Hilfe zu spät. Einmal trat die Darmverengung 2 Jahre nach dem Anfall auf. Dreimal wurde bei Pat. eingegriffen, die an Aktinomykose des Wurmfortsatzes litten. Die Heilung geht in solchen Fällen gewöhnlich rasch vor sich, wenn die Möglichkeit vorhanden ist, die Wunde zu vernähen. Als eine gefährliche Komplikation traf man einige Male die Entwicklung eines Abszesses zwischen den Gekrösblättern. Die Behandlung der diffusen Peritonitis sieht Verf. auch heute noch als eine in ihren Erfolgen zweifelhafte an. Bezüglich der Therapie neigt er im ganzen der Frühoperation zu, zumal es eine Reihe von Fällen gibt, bei welchen nur die innerhalb der ersten 24 Stunden vorgenommene Operation die einzig mögliche rationelle Behandlung ist. Leider sind wir jedoch nicht imstande, das Krankheitsbild dieser Fälle präzis zu zeichnen. Abnorm hoher Puls und hohe Temperatur, intensive Schmerzen, schlechtes Aussehen, gespannter Leib und positiver Befund bei der Tastung des Bauches sind die Anzeichen einer schwer verlaufenden Perityphlitis, und diese Anzeichen verlangen die möglichst sofortige Operation. Unter günstigen Fällen soll man die Intervalloperation nach Ablauf von 4—5 Wochen vornehmen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

12) **Ballin.** Acute yellow atrophy of the liver as a sequela to appendectomy.

(Annals of surgery 1903. Nr. 3.)

4 Tage nach einer im akuten Anfalle vorgenommenen Resektion des Wurmfortsatzes traten bei einem Arbeiter die Anzeichen einer gelben Leberatrophie — Stupor, Erbrechen hämorrhagischer Massen, Krämpfe, Gelbfärbung der Haut, Gallenfarbstoffe sowie Leucin und Tyrosin im Urin, Fieber und Pulsbeschleunigung — auf. Der Fall endigte trotz der schweren Symptome mit Heilung.

Verf. konnte in der Literatur neun Fälle auffinden, in welchen dasselbe Leiden im Anschluß an Operationen beobachtet wurde; diese Fälle endigten sämtlich tödlich. Nach aus der Literatur gesammelten Ansichten glaubt B., daß die Ursache für die Erkrankung namentlich in der schädlichen Einwirkung des Chloroforms auf die Zellen der Leber zu suchen sei. Doch können nach ihm auch infektiöse Prozesse, wie sie nach Operationen am Netz und an den Därmen embolisch zuweilen eintraten, eine Rolle hierbei spielen. Begünstigt wird das Eintreten der Leberatrophie, wenn die Operierten Alkoholiker sind. Um das Eintreten des Leidens zu verhüten, sollen bei Trinkern und Leuten, welche an Leber- und chronischen Darmentzündungen leiden, nicht zu langdauernde Chloroformnarkosen angewandt, vielmehr soll nach einiger Zeit das Chloroform durch Äther ersetzt werden.

Den günstigen Heilungsverlauf schreibt B. in seinem Falle der Venaesektion mit nachfolgender Kochsalzinfusion in die Vene zu. Diuretika und Laxantien haben nach ihm diese Therapie unterstützt. **Herhold** (Altona).

13) **A. Cernezzi.** Sull' ernia dell' appendice vermiforme del cieco. Osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche.

(Clinica chirurgica 1903.)

Verf. teilt drei Fälle von Hernien mit, bei denen der Wurmfortsatz den Bruchinhalt bildete. Zweimal war der Bruch angeboren. Stets fanden sich an der Appendix chronisch entzündliche Veränderungen, die an der Schleimhaut und Submukosa am stärksten hervortraten. C. empfiehlt daher bei der Operation, die Appendix prinzipiell mit zu entfernen. **A. Most** (Breslau).

14) **W. L. Keller.** An anastomosis ring.

(New York med. journ. 1903. Mai 2.)

Verf. hat einen Anastomosenring kostruiert, der vor dem Murphyring eine Reihe von Vorteilen zu bieten scheint; der Ring ist aus Aluminium gemacht und

besteht aus drei Teilen, die außen eine Hohlrinne tragen, um die Darmenden aufzunehmen und durch eine Feder die Serosa zusammenzuhalten. Die drei Teile werden durch Katgutfäden fest verbunden, um den Ring festzumachen. Bei der Anwendung wird ähnlich wie beim Murphyknopf eine durchgehende Catgutligatur in jedem Darmende gemacht und der Ring eingesteckt; sodann werden die beiden Catgutligaturen darüber fest angezogen. Keine weiteren Befestigungsnähte. Nach einigen Tagen zerfällt der Ring durch Auflösen der Catgutfäden in seine drei Bestandteile, welche als kleine Stückchen leicht mit dem Kote abgehen. Die unleugbaren Vorteile des neuen Ringes bestehen darin, daß eine Retention desselben ausgeschlossen ist, weil die sehr leichten kleinen Stücke bequem abgehen; anderseits ist die Lichtung hinreichend weit.

Ob die Verwendung in der Praxis von gutem Erfolge ist, muß dahingestellt sein, da Verf. weder von Versuchen an Tieren noch an Menschen spricht; immerhin erscheint die Konstruktion, die durch vier gute Holzschnitte erläutert wird, beachtenswert. **Scheuer** (Berlin).

15) W. J. Mayo (Rochester, Minnesota). Complications following gastroenterostomy.

(Annals of surgery 1902. August.)

Die interessante Arbeit beschäftigt sich mit den wichtigsten Komplikationen und Störungen, welche nach der Gastroenterostomie auftreten können.

Was zunächst das Material betrifft, auf welches sich die Beobachtungen stützen, so hat Verf. die Gastroenterostomie innerhalb der letzten zehn Jahre 98mal ausgeführt. Die Mortalität betrug bei bösartigen Geschwülsten 20%, bei gutartigen Erkrankungen 6%. Außerdem hat er bei seinen 14 Pylorektomien und Magenresektionen 9mal die Gastroenterostomie nach Verschluß des Magens und Duodenums angewandt, so daß er über 107 Gastroenterostomien mit einer Gesamtsterblichkeit von 9% verfügt.

Von den tödlichen Komplikationen behandelt M. zunächst die Erschöpfung, dann die Pneumonie und endlich die Ablösung der zur Anastomose verwandten Darmschlinge vom Magen.

Die drei Todesfälle, welche auf Erschöpfung zurückzuführen waren, betrafen Individuen mit hochgradiger Inanition und Kachexie. Diesen Pat. ging es bis zum vierten bis siebenten Tage gut, dann gingen sie an Entkräftung zugrunde. M. erklärt diese Erscheinung damit, daß Pat. mit hochgradiger Kachexie Nährklystiere schlecht ertragen, und rät, bei ihnen sehr frühzeitig mit Ernährung durch den Mund zu beginnen. Zu diesen drei Fällen kommen noch zwei andere, welche unter allen Zeichen von Erschöpfung mit starkem Erbrechen zugrunde gingen. Bei beiden Pat. war die Gastroenterostomia anterior antecolica gemacht, und M. glaubt, daß bei dieser Methode häufig die Anastomose zu hoch über der großen Kurvatur angelegt wird, um die Gefäße zu vermeiden. Hierdurch entsteht eine Tasche an der großen Kurvatur, welche die Ursache zu größerer Ansammlung von Mageninhalt und nachfolgendem Erbrechen wird.

Was die Pneumonien betrifft, so erwähnt M. alle Theorien, welche im Laufe der Zeit über die Ursache derselben aufgestellt sind, ohne sich für eine derselben zu entscheiden. Um Schluckpneumonien vorzubeugen, rät er, in dem Moment, wo der Magen vorgezogen wird, Kopf und Brust zu heben, um ein etwaiges Hinauffließen des fast stets noch vorhandenen Mageninhaltes und nachfolgende Aspiration zu vermeiden.

Zweimal hat die Naht nicht gehalten, und zwar hat sie sich einmal am siebenten Tage von selbst gelöst bei einem Pat., welcher bereits freien Erguß im Bauch hatte. Beim zweiten Pat. riß die Naht der Anastomose auch am neunten Tage während eines epileptischen Anfalles. Beide Fälle zeigen, daß beim Menschen die Heilung der Anastomose nicht, wie es Chlumsky an Tieren gezeigt hat, in fünf Tagen erfolgt. Um den tödlichen Folgen einer Undichtigkeit der Naht vorzubeugen, rät M., aus dem Netz eine Art Schurzfell vor der Stelle der Anastomose zu bilden, indem man die beiden seitlichen Ränder vorn miteinander ver-

näht und die so gebildete Schürze etwas oberhalb der Anastomose am Magen aufhängt. Wenn man hierzu dünnen Katgut nimmt, so nimmt das Netz unter normalen Verhältnissen bald seine frühere Lage wieder ein, tritt aber eine Undichtigkeit an der Nahtstelle ein, so verlötet sich die Netzschürze sofort mit dieser Stelle und bildet somit einen Schutzwall gegen eine Infektion der ganzen Bauchhöhle.

M. wendet sich dann den Zirkulationsstörungen nach der Gastroenterostomie zu und kommt zu dem Schlusse, daß bei völligem oder fast völligem Verschluß des Pylorus die Entstehung eines Circulus vitiosus oder einer späteren Verengerung der Anastomose nicht zu befürchten ist. Wird indessen die Gastroenterostomie bei offenem Pylorus ausgeführt, muß zur Vermeidung von Zirkulationsstörungen und Spanbildung eine längere Jejunumschlinge verwandt und eventuell eine Enteroanastomose angeschlossen werden. **Seefisch** (Berlin).

16) **Boas.** Über einen Fall von operativ geheilter Colitis ulcerosa.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 11.)

Die 28jährige Pat. war seit 5 Jahren darmleidend. Der Beginn des Leidens war schleichend. 4—5 Stuhlgänge täglich, denen stets Blut und Eiter beigemengt waren. Die alimentäre Albumosurie fehlte. Die Charcot-Leyden'schen Kristalle wurden fast stets im Stuhl gefunden, dagegen keine Amöben oder Tuberkelbazillen. Da interne Mittel versagten, so kam die absolute Ruhigstellung durch temporäre Kolostomie in Betracht. Bei der Laparotomie zeigte sich der Dünndarm gesund, dagegen die Serosa des Colon verdickt. Von der Blinddarmfistel wurden täglich Spülungen mit Argentum, dann mit Jodlösungen sowohl zentrifugal wie zentripetal vorgenommen. Besonders wirksam schienen die Jodlösungen zu sein. Noch 7 Monate nach der Operation konnte durch die Guajakprobe Blut, ferner Charcot-Leyden'sche Kristalle, dagegen kein Eiter im Stuhl nachgewiesen werden. Erst als ein Jahr nach Anlegung der Blinddarmfistel alle pathologischen Bestandteile aus dem Stuhl geschwunden waren, wurde die Schließung der Fistel vorgenommen. Vollkommene Heilung. **Borchard** (Posen).

17) **C. Porak et G. Durante.** Ulcération et perforation du colon transverse; péritonite limitée chez un enfant de dix jours.

(Compt. rend. de la soc. d'obstétr. Paris T. IV. p. 247.)

Es handelte sich um eine umschriebene Ulzeration im Colon transversum (Sektion). Im übrigen Darmkanale waren Zeichen von Enteritis nicht vorhanden. Das Geschwür hatte scharfe Ränder. Die Verff. glauben, daß die Entstehung des Geschwürs durch eine Infektion auf dem Blutwege bedingt worden sei. Die Infektionsquelle konnten sie nicht finden. **Neck** (Chemnitz).

18) **Steinhauer.** Eine seltene Ursache von Darmstenose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 23.)

Bei einem 9jährigen Knaben wurde das Bild einer Darmstenose mit Resistenz links unter dem Rippenbogen und Fiebererscheinungen bedingt durch ein Knäuel von Täniengliedern. Die Diagnose war auf partielle Intussuszeption gestellt.

Borchard (Posen).

19) **D. Ackermann.** Über die Umstülpung des Proc. vermiformis und ihre Beziehung zur Intussuszeption.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Im Anschluß an die Beschreibung eines in der Rostocker chirurg. Klinik beobachteten Falles von Intussusceptio ileo-coecalis mit vollständiger Umstülpung des Wurmfortsatzes werden noch 11 Fälle aus der Literatur zusammengestellt, welche das nämliche Krankheitsbild zeigen. Verf. sieht in der Umstülpung des Wurmfortsatzes den primären Vorgang bei der Darminvagination und faßt dieselbe als ein weiteres veranlassendes Moment für die Intussusceptio ileo-coecalis auf.

Blauel (Tübingen).

20) **Elting.** **Primary carcinoma of the vermiform appendix with a report of three cases.**

(Annals of surgery 1903. Nr. 4. p. 549.)

Verf. hat mit großem Fleiße die Literatur auf die veröffentlichten Fälle von primärem Karzinom des Wurmfortsatzes durchgesehen und 40 Fällen gefunden; aber nur bei 20 Fällen ließ sich mit einiger Sicherheit annehmen, daß das Karzinom primär war. E. führt dann drei von ihm selbst beobachtete Fälle von primärem Krebs des Wurmfortsatses an. Im Fall 1 wurde die Erkrankung als zufälliger Befund bei der Autopsie gefunden, und handelte es sich, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, um ein kolloides Adenokarzinom. Das zweite Karzinom zeigte alveolären Bau und wurde am Wurmfortsatz gefunden, als derselbe gelegentlich einer Ovarienoperation mit entfernt wurde. Im Fall 3 wurde die Operation ausgeführt wegen einer in der rechten Darmbeingrube liegenden Geschwulst. Es mußte der Blinddarm mit dem Wurmfortsatz und ein Teil des Dünndarmes entfernt werden. Die karzinomatösen Veränderungen waren am ältesten am Wurmfortsatz, und wurde daraus geschlossen, daß hier der Prozeß primär begonnen habe. Es handelte sich wiederum um ein alveoläres Kolloidkarzinom. Am Schluß der Arbeit faßt Verf. seine Ansichten in folgenden Punkten zusammen:

1) Primäres Karzinom des Wurmfortsatzes ist nicht so selten als gewöhnlich angenommen wird.

2) Jeder bei einer Operation oder Autopsie entfernte Wurmfortsatz sollte mikroskopisch genau untersucht werden.

3) Es besteht eine ätiologische Beziehung zwischen chronischer Appendicitis — namentlich der obliterierenden — und primärem Karzinom des Wurmfortsatzes.

4) Das Primärkarzinom des Wurmfortsatzes zeigt Neigung, sich in frühem Lebensalter zu entwickeln.

5) Das Primärkarzinom hat keine Neigung zu Metastasenbildung.

6) Die Symptome des Primärkarzinoms sind die der chronischen Appendicitis, daher ist die Diagnose meistens unmöglich.

7) Die Behandlung ist die Exstirpation. **Herhold** (Altona).

21) **A. Schachner** (Louisville, Kentucky). Report of five cases of laparotomy for intestinal obstruction.

(Annals of surgery 1902. August.)

Verf. berichtet über fünf Fälle von Darmverschluß, welche er in den letzten $1^1/_4$ Jahren operiert hat.

Fall I. Tuberkulöse Strikturen des Blind- und Dünndarmes. Enteroanastomose zwischen Ileum und Colon descendens und Resektion zweier nahe beieinander liegender Strikturen des Ileum. Zunächst Heilung, dann Tod nach drei Monaten an allgemeiner Tuberkulose.

Fall II. Intussuszeption des stark verdickten unteren Ileum in das Coecum. Lösung der Invagination, Inzision des Ileum und Vernähung der Inzision durch Lembert'sche Nähte. Heilung.

Fall III. Verschluß durch ein adhärentes Meckel'sches Divertikel. Laparotomie, Lösung der Strangulation und Verschluß des Divertikels durch Längsfaltung und Naht. Heilung.

Fall IV. Mehrere Intussuszeptionen verursacht durch Ascaris lumbricoides. Laparotomie, Lösung der Invaginationen und Entfernung eines Askariden. Anfangs Besserung, dann Wiederkehr der Erscheinungen und Tod am Beginn des dritten Tages.

Fall V. Ileus, anscheinend veranlaßt durch eine innere Hernie. Bei der Operation wurde die Ursache nicht genau festgestellt, der Darmverschluß jedoch beseitigt. Heilung.

S. spricht sich zugunsten der einzeitigen Operation in jedem Falle von Ileus aus. **Seefisch** (Berlin).

22) G. Ward. Intestinal resection and end to end anastomosis with the O'Hara forceps in a case of tuboovarian abscess with appendicitis; recovery.

(New York med. journ. 1903. März 28.)

Verf. schildert einen Fall von Tuboovarialabszeß, bei dem drei Jahre eine Fistel über dem rechten Ligamentum Pouparti bestanden hatte. Bei der Operation fand sich eine totale Verwachsung mehrerer Darmschlingen, welche resesiert werden mußten. Verf. benutzte dazu mit gutem Erfolg das O'Hara'sche Instrument (ref. d. Zentralbl. 1901 p. 876). O'Hara selbst hat inzwischen vier Fälle mit seiner Zange operiert, worunter einer tödlich endete. Als Hauptvorzüge der Zange rühmt W., daß es im Gegensatz zum Murphyknopf für jede Darmlichtung paßt, daß es an dem geschlossenen Darm angelegt wird und keine Manipulationen an den Därmen nötig sind, somit die Asepsis gewährt wird.

Scheuer (Berlin).

23) Göschel. Die mehrzeitige Resektion des Dickdarmes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

In vier Fällen von Dickdarmerkrankung — Blinddarmkarzinom, Karzinom des Colon descendes, das Colon descendens stenosierender chronischer hämorrhagischer Infarkt und mit dem Blinddarm und dem Wurmfortsatz verwachsene Adnexgeschwulst — wandte Verf. die mehrzeitige Methode der Resektion nach v. Mikulicz an. Die mit derselben gemachten Erfahrungen waren recht gute. Nach Abtragung des Darmes bewährte sich die Verwendung des permanenten Bades in hohem Maße, da die Pat. vollständig von Kotekzem verschont und bei gutem Allgemeinzustand blieben. Für die Anastomosenbildung von Dünndarm zu Dünndarm oder Dünndarm zu Dickdarm möchte Verf. die Krause'sche Anastomosenquetsche empfehlen. Nach Herstellung einer breiten Anastomose vermeidet Verf. eine Eröffnung der Bauchhöhle, indem er den Darm nur soweit von der Bauchwand ablöst, daß eine doppelreihige Naht zur Schließung des Darmes sich anlegen läßt. Der Defekt in der Bauchwand wird dann durch einen Brückenlappen gedeckt.

Blauel (Tübingen).

24) Dunn. Intestinal resection. Report of 16 cases.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Mai 30.)

Überblick über die vom Verf. in den letzten sechs Jahren ausgeführten Darmresektionen. Dabei wurde 9mal der Murphyknopf (drei Todesfälle), 7mal die Naht angewandt (ein Todesfall). Die Schlußfolgerungen lauten: 1) Naht ist das unentbehrlichste, überall anwendbare Verfahren zur Darmvereinigung. 2) Murphyknopf ist nur in wenigen Fällen der Naht vorzuziehen, sonst ihr im allgemeinen unterlegen. Beim Dickdarm ist seine Verwendung so gut wie ausgeschlossen. 3) Die Connell'sche Naht ist die einfachste und sicherste. 4) Die einfachsten Mittel und Verfahren sind die besten.

Trapp (Bückeburg).

25) Snively. Fistula between the gall bladder and the stomach.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. April 11.)

Mitteilung eines Falles dieser seltenen Fistelbildung. Die 53jährige Frau litt seit 12 Jahren an Gallensteinsymptomen. Am 1. Januar 1900 wurden 97 Gallensteine nach einer schweren Kolik entleert, außerdem einige Stunden nachher ein sehr großer, der sich dadurch besonders bemerkbar macht, daß er im Mastdarme stecken blieb und mit Zange entfernt werden mußte. In der Folgezeit traten eigenartige Erscheinungen auf: Ructus, welche Galle aus dem Magen mitbrachten, Schmerzpunkt in der Pylorusgegend, dauernde Verstopfung, starker Magenschmerz bei Nahrungsaufnahme. Bei der Operation am 29. Mai 1900 fand sich die Gallenblase ausgedehnt mit Magen und Nachbarorganen verwachsen; nach Lösung derselben gingen die Wände beider Organe breit ineinander über, und es bestand eine wohlausgebildete Fistel von etwa 1 cm Durchmesser. Magennaht, Entfernung zweier Cysticussteine, Drainage der Gallenblase. Heilung der Gallenblasenfistel,

erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens; einmal fand in der Narbe ein Durchbruch serös-galliger Flüssigkeit, später Ausdehnung der Gallenblase wahrscheinlich infolge Gallengangentzündung statt; die zurückgehaltene Galle wurde auf natürlichem Wege entleert, vollkommene Genesung. Die Magen-Gallenblasenfistel wurde auf Grund der oben erwähnten Symptome diagnostiziert. 4 Fälle konnte Verf. in der Literatur auffinden. **Trapp** (Bückeburg).

26) J. Erdmann. The treatment of some of the surgical complications in typhoid fever.

(New York med. journ. 1903. April 18.)

Leberabszeß und subphrenischer Abszeß treten sehr selten im Verlaufe des Typhus auf; eine vorherige sichere Unterscheidung beider ist nach Ansicht E.'s unmöglich. Liegt der Abszeß vor oder an den Rippen, so ist Laparotomie indiziert, liegt er dagegen hinter den Rippen, so muß der subpleurale, transpleurale oder diaphragmatische Weg eingeschlagen werden.

Auch Perforation der Gallenblase bei Typhus ist ein sehr seltenes Ereignis; Verf. kann den bekannten 33 Fällen einen neuen anfügen; es handelte sich um eine 46jährige Pat. in der 5. Typhuswoche, bei der plötzlich heftige Leibschmerzen, Temperatursteigerung auf 102° F, Puls von 120 und starke Allgemeinstörungen aufgetreten waren. 12 Stunden später wurde in der Annahme einer Darmperforation laparotomiert: es fand sich reichlich Galle im Bauch infolge einer Perforation der Gallenblase. Cholecystektomie. Heilung. In der Gallenblase fanden sich zwei unbedeutende Steinchen, dagegen massenhafte Ulzerationen vor, von denen eine einen Durchbruch verursacht hatte.

Cholezystitis dagegen ist eine relativ häufige Nebenerscheinung. Verf. bringt einen Fall, bei dem eine Cholezystostomie Heilung brachte; er steht sonst auf dem Standpunkte, eine Ektomie ohne Drainage zu machen.

Darmperforationen sind ein häufiges Ereignis; bei ihnen ist schnellstes Eingreifen indiziert, auch wenn der Allgemeinzustand schlecht ist.

Scheuer (Berlin).

27) Sheldon. Abscesses of the liver following typhoid fever.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. April.)

S. berichtet über einen seltenen Fall von multiplen Leberabszessen nach Typhus. Eröffnung und Drainage von fünf abgegrenzten Abszessen von einem Schnitte unterhalb des rechten Rippenbogens bewirkte zunächst Besserung; nach 2 Wochen abermals Schmerzen in der Lebergegend, Schüttelfröste, Resektion der rechten neunten Rippe in der hinteren Axillarlinie, Eröffnung eines ausgedehnten Empyems. — Die Autopsie ergab einen großen Pleuraabszeß, welcher durch eine Öffnung im Zwerchfell mit einer Abszeßhöhle im rechten Leberlappen in Verbindung stand, außerdem zahlreiche kleinere Leberabszesse, welche alle mit Pfortaderästen kommunizierten.

Übersicht der Literatur, welche nur 12 Fälle enthält. Die direkte Beziehung der Leberabszesse zum Typhusbazillus konnte bisher nicht nachgewiesen werden; wahrscheinlich bildet meist das Bakterium coli die Ursache. Die Infektion erfolgt am häufigsten auf dem Wege der Pfortader, seltener der Leberarterie, in einem Falle von den Gallengängen aus. Bei eitriger Pylephlebitis fehlen Abszesse in anderen Organen.

Die klinischen Symptome sind Schmerzen, Schüttelfröste, Fieber, Druckempfindlichkeit und Anschwellung der Leber. Die ersten Symptome treten durchschnittlich am 25. Tage nach Ablauf des Typhus auf. Die Prognose ist stets schlecht, die Therapie chirurgisch. **Bender** (Leipzig).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 33. Sonnabend, den 15. August. 1903.

I.

Eine neue Operationsmethode des Caput obstipum.

Von
Privatdozent Dr. **L. Wullstein,**
Assistenzarzt an der königl. chirurgischen Universitätsklink zu Halle a. S.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte sind verschiedene Behandlungsarten für das Caput obstipum empfohlen worden, von denen besonders erwähnt zu werden verdienen die von Stromeyer angegebene subkutane Tenotomie, die nach v. Volkmann ausgeführte offene Durchschneidung und schließlich die von v. Mikulicz emp-

fohlene totale resp. partielle Exstirpation des kontrakten M. sternocleidomastoideus. Mit allen diesen Verfahren, ja sogar auch mit dem von Lorenz neuerdings wieder stark befürworteten modellierenden Redressement und Massage kann man vorzügliche Resultate erreichen.

Doch so gut diese Resultate auch sind, sie alle können nicht nur, sondern müssen mit Notwendigkeit zu Rezidiven führen, wenn nicht monatelang eine orthopädische Nachbehandlung folgt, und zwar in allen jenen Fällen, wo außer dem Caput obstipum, um mit Lorenz zu reden, ein Collum obstipum vorhanden ist, d. h. in allen den Fällen, in denen die Muskelkontraktur bereits irgendwie nennenswerte Deformierungen der Halswirbel und ihrer Zwischenwirbelscheiben herbeigeführt hat. Darin liegt aber auch die volle Erklärung für den scheinbaren Widerspruch, den man in den verschiedenen Publikationen über das eine oder andere Verfahren in den direkt entgegengesetzten Angaben verzeichnen kann, daß man in wenigen Fällen sogar ohne orthopädische Nachbehandlung günstige Resultate erzielen konnte, und andererseits wieder, daß eine längere, energische, überaus gründliche Nachbehandlung absolut notwendig ist, wenn anders man nicht Rezidive erleben will.

Das Zustandekommen der Rezidive in schweren Fällen mit Collum obstipum ist leicht erklärlich; sie sind die unvermeidliche Folge der allbekannten anatomischen Veränderungen, sie müssen mit absoluter Notwendigkeit immer dann eintreten, wenn derartige Fälle nicht so lange orthopädisch nachbehandelt werden, bis unter dem ständigen Redressement durch orthopädische Apparate oder sonstige orthopädische Maßnahmen eine anatomische Umbildung der Wirbel und Zwischenwirbelscheiben stattgefunden hat. Will man daher in schwereren Fällen die orthopädische Nachbehandlung vermeiden, so muß man an Stelle der redressierenden Kraft der orthopädischen Apparate eine andere Kraft setzen, die als Ersatz für dieselbe eintritt. Diese andere Kraft aber, welche das Caput obstipum und das Collum obstipum nach Durchschneidung resp. partieller Exstirpation des kontrakten Muskels und nach damit möglich gewordener Mobilisierung der Halswirbelgelenke in Mittelstellung resp. in Hyperkorrektion überführen kann, das ist der Antagonist des kontrakten M. sternocleidomastoideus.

Dieser Antagonist aber des einen M. sternocleidomastoideus ist der andere. Und es fragt sich nun: Ist dieser andere, abnorm verlängerte M. sternocleidomastoideus imstande, diese Kraftleistung zu übernehmen?

In leichten Fällen, wo die Längendifferenz zwischen dem kontrakten und dem gedehnten Muskel nur eine minimale war, vielleicht nur ca. 2 cm betrug, wird derselbe ohne weiteres imstande sein, sich so weit zu kontrahieren, daß er die pathologische Kopfhaltung aufheben kann. Diese Kontraktionsfähigkeit kann durch wochenlange Massage und gymnastische Übungen etwas erhöht

werden, aber bald gibt es eine Grenze, über die hinaus sie nicht mehr gesteigert werden kann.

In allen schweren Fällen aber, wo eine große Längendifferenz zwischen den beiden Mm. sternocleidomastoidei bestand, ist der gedehnte Muskel niemals imstande, sich so weit zu kontrahieren, daß er die Korrektion des Collum obstipum bewirken kann. In diesen Fällen muß der gedehnte Muskel eben sich in der nach der Operation durch die mechanischen Apparate für Monate gegebenen Hyperkorrektionsstellung so weit wieder verkürzen und schrumpfen, daß er nun, nachdem die Überdehnung beseitigt ist, aus dieser normalen Länge heraus die zur Korrektur des Collum obstipum notwendige Kontraktionsfähigkeit entwickeln kann.

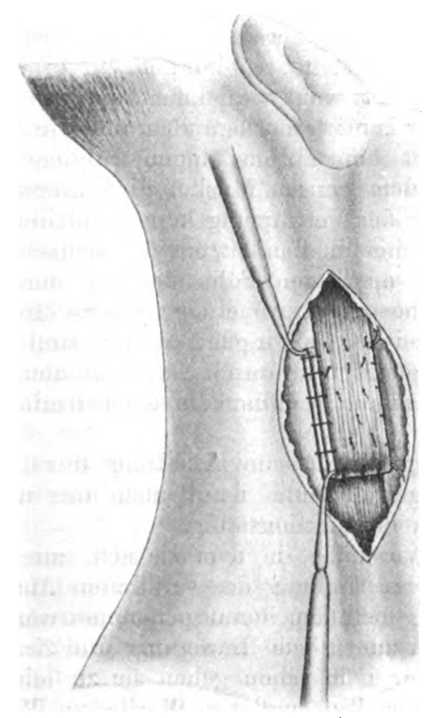


Fig. 1.

Sollen nun nach diesen Überlegungen die schweren Fälle bezüglich der Nachbehandlung den leichten gleichgestellt werden, so muß bei denselben eine Operationsmethode in Anwendung kommen, bei welcher durch Durchschneidung resp. partielle Exstirpation des kontrakten M. sternocleidomastoideus das Caput obstipum behoben wird, die Beseitigung des Collum obstipum aber, welche sonst der orthopädischen Nachbehandlung anheimfällt, durch Verkürzung des gedehnten M. sternocleidomastoideus herbeigeführt wird.

Wenn somit die Berechtigung der genannten Operationsmethode nachgewiesen ist, so bleiben drei Fragen zu beantworten:

1) Wieviel soll diese Verkürzung betragen?

2) In welchem Teile des Muskels soll die Verkürzung vorgenommen werden?

3) Wie kann trotz der Verkürzung die Kontraktionsfähigkeit des Muskels in allen seinen Teilen erhalten werden?

Der Grad der Verkürzung des Muskels muß selbstverständlich sich richten nach der vorhandenen Längendifferenz. Sie wird ungefähr 4—8 cm betragen.

Für die Verkürzung selbst aber kann nur der Teil des Muskels in Betracht kommen, der oberhalb seines geteilten Verlaufes und unterhalb der Eintrittsstelle des Nervus accessorius gelegen ist.

Was nun die dritte Frage anbetrifft, so können wir eine einfache Resektion des Muskels nicht wohl vornehmen, da wir sonst die untere Partie desselben ihrer Innervation berauben und ihr damit nur den Charakter eines nicht kontraktionsfähigen Bindegewebsstreifens geben würden. Soll dem ganzen Muskel die Innervation gewahrt bleiben, so darf er trotz der Verkürzung keine Kontinuitätstrennung erfahren. Ich habe daher in den letzten der sechs bisher von mir nach dieser Methode operierten Fälle das auf der Abbildung 1 illustrierte Verfahren bevorzugt, wobei der isolierte Muskel, wie aus der Abbildung ohne weiteres hervorgeht, an der Stelle der Verkürzung in eine Schlinge gelegt und durch Nähte an den vier Rändern und in dem mittleren Teile der Schlinge in seiner dreifachen Lage vereinigt wird.

So ist trotz der Verkürzung, die für die Erhaltung der Innervation notwendige Kontinuität gewahrt und damit auch der untere Teil des Muskels voll und ganz kontraktionsfähig.

Wenn die Pat. aus dem Verbande, in dem sie sich zur Entspannung und damit zur besseren Heilung des verkürzten Muskels in stark überkorrigierter Stellung befinden, herausgenommen werden, so scheuen sie selbstverständlich zuerst jede Bewegung und Zerrung an dem verkürzten Muskel; aber bald schon gehen sie zu leichten Bewegungen über, die von Tag zu Tag und von Woche zu Woche ohne unser Zutun bald vollständig frei werden. So ist denn tatsächlich die Behandlung nach Abnahme des Verbandes, der durchschnittlich 20 Tage liegen bleibt, völlig beendet, und die Resultate werden an den beiden Aufnahmen, von denen Abbildung 2 vor der Behandlung und Abbildung 3 20 Tage nach Abnahme des Verbandes angefertigt ist, demonstriert.

Dieser Operationsmethode könnte man es zum Nachteil anrechnen, daß zwei Hautnarben bei ihr gesetzt werden; aber wenn man nun auch zwei Schnitte anlegen muß, so kann meiner Ansicht nach der Entschluß zu dem zweiten Schnitt nicht annähernd so schwer sein, wie der Entschluß zu dem ersten Schnitt sein mußte

bei der allgemeinen Annahme der offenen Durchschneidung nach v. Volkmann.

Deshalb gebe ich mich der Hoffnung hin, daß diese Methode in schweren und veralteten Fällen, vielleicht gerade auch bei Rezidiven Nachahmung findet, und daß diejenigen, die früher bereit-

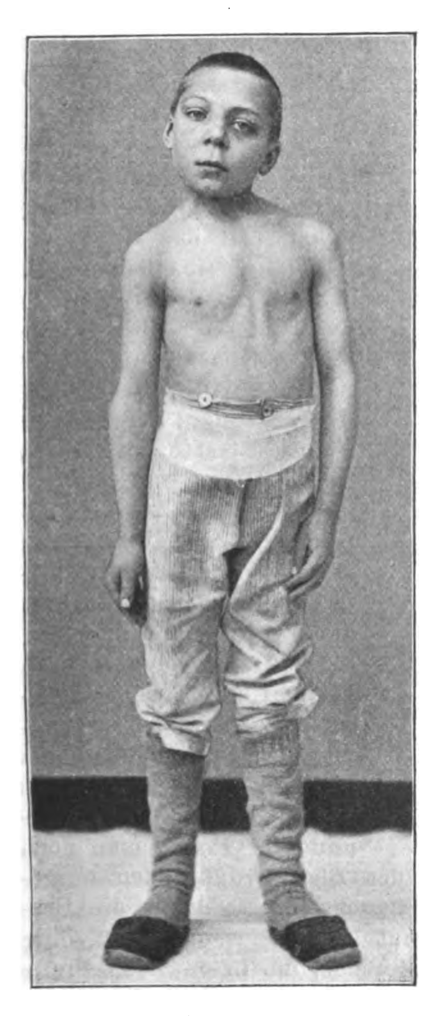


Fig. 2.

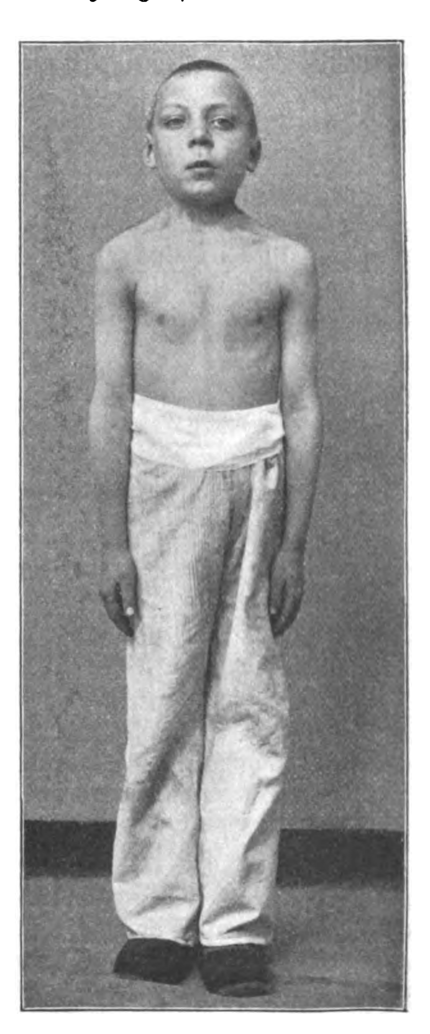


Fig. 3.

willig den ersten Schritt zur offenen Durchschneidung mitmachten, sich nun auch zu dem weiteren Sprung, zur Etablierung der zweiten Narbe, nicht allzuschweren Herzens entschließen werden, wenn anders sie dabei die weitere Behandlung erleichtern und die Resultate sichern.

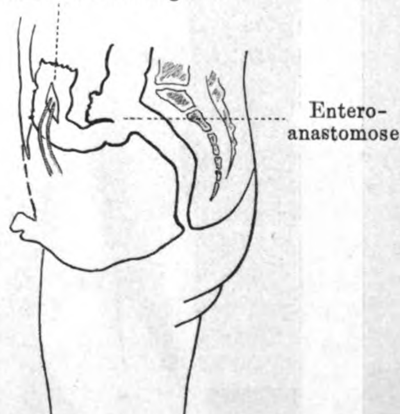
II.

Abänderung der Borelius'schen Modifikation der Maydl'schen Operationsmethode bei kongenitaler Blasenektopie.

Von

Dr. P. A. Müller in Dresden.

Durch die von J. Borelius in Nr. 29 d. Blattes beschriebene und ausgeführte Modifikation der Maydl'schen Operation bei kongenitaler Blasenspalte wird sicher ein großer Teil des Kotes von der Implantationsstelle der Blase in die Flexur ferngehalten, ein mehr oder minder großer Teil passiert aber auch bei dieser Methode die Ureteren. Die Gefahr der aufsteigenden Pyelonephrose wird zwar vermindert aber nicht aufgehoben. Um diese Gefahr noch mehr zu beseitigen, möchte ich mir in weiterem Ausbau des Gedankens von Berglund erlauben, an Stelle der einfachen Darmanastomose in der Wurzelgegend der Flex. sigmoid. für geeignete Fälle die partielle Darmausschaltung vorzuschlagen. Hierdurch wird die Infektion der Ureteren durch Fäces noch um ein bedeutendes vermindert. Fixiert man noch nach möglichst hoher Implantation des Blasengrundes den ausgeschalteten Darmteil an der vorderen Bauchwand, so dürfte die Uretereninfektion auf ein Minimum herabgedrückt, wenn nicht völlig aufgehoben werden können. Diese Methode, die in gewissem Sinne analoge Verhältnisse, wie die von Gersuny angegebenen schafft, scheint in technischer Beziehung wesentlich leichter und daher weniger gefährlich wie diese. Die kleine Skizze dürfte die Verhältnisse am besten veranschaulichen.



---

1) **V. Chlumsky.** Über Bau und innere Einrichtung einer chirurgischen Klinik.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 412.)

Das vom Verf. gegebene Projekt interessiert durch Zusammenstellung aller für solche Institute wünschenswerten Eigenschaften, wobei sehr viel praktisch Brauchbares notiert ist, wie es der Verf. teils auf seinen Reisen hier und dort gesehen hat, teils nach eigenem Ermessen vorschlägt; andererseits scheinen dem Ref. C.'s Wünsche doch etwas ins Ideologische zu streifen. Die Klinik ist etwa für 100 ständige Kranke gedacht, die in drei ganz gesonderten zweistöckigen Abteilungshäusern — für septische Fälle, nicht ganz reine Wunden und ganz reine Wunden — untergebracht werden sollen. Jedes dieser Abteilungshäuser soll ein eigenes Operationszimmer erhalten, ein solches außerdem noch die im Hauptgebäude untergebrachte Ambulanz! Der Vorschlag, eigene Verbandzimmer einzurichten, nur elektrisches Licht anzuwenden, die Heizung zentral durch Dampfleitung einzurichten, ferner besonders der Plan, für das Anstaltspersonal, das häufig in unhygienischen Keller- und Dachbodenkammern untergebracht wird, ein separates Wohngebäude zu konstruieren, können nur gebilligt werden, ebenso wie weiterhin technische Detailvorschläge, betreffend Wandanstrich, Fußbodeneinrichtung, Wasserleitung usw. Dagegen wird man über die Zweckmäßigkeit der von C. gewünschten Ventilation mittels Maschinen für Luftzu- und -Abfuhr sehr abweichender Meinung sein können und den Wunsch, die Zimmerwände durch Malereien, die aber »nicht tragische Szenen und traurige Geschichten, sondern eher ermutigende Begebnisse, z. B. aus dem Leben bekannter Nationalheroen u. dgl. darstellen« sollen, nicht ganz ernst zu nehmen brauchen. Auch der Anschauung, daß die Orthopädie nicht mehr in eine chirurgische Klinik gehört, sondern in ein eigenes Institut, wird nicht allseitig beigetreten werden. Bei alledem ist C.'s Klinikplan interessant und als anregende Lektüre empfehlenswert.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

2) **Holzknecht.** Die forensische Beurteilung der sogenannten Röntgenverbrennungen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 3 u. 4.)

Wirklich kompetente Fachleute für die forensische Beurteilung der Röntgenverbrennung gibt es nur wenige, und sehr viele der gerichtlichen Sachverständigen werden, wenn sie sich in einem diesbezüglichen Prozeß äußern sollten, ein unbehagliches Gefühl ihrer eigenen Unsicherheit auf diesem Gebiete nicht losgeworden sein. Zum Teil liegt dies wohl darin, daß derartige gerichtliche Nachspiele von Röntgenverbrennungen immerhin relativ selten sind, somit

für den Einzelnen die Erfahrung fehlt; zum Teil kommt es daher, daß unter den Forschern immer noch zwei getrennte Parteien über die Ursachen der Röntgenverbrennung bestehen. Die einen schreiben die Röntgenreaktion den Röntgenstrahlen zu, die anderen den übrigen Erscheinungen an der Röntgenröhre, vor allem den stillen Entladungen (Elektrodynamik); der theoretische Standpunkt ist für die therapeutischen Maßnahmen maßgebend. Kienböck hat schon im Jahre 1900 (Wiener med. Presse Nr. 19 ff.) bewiesen, daß die elektrodynamische Theorie nicht richtig ist.

Huldigt man nun der falschen von den beiden Auffassungen, so braucht man nicht nur länger zur Erzielung des genügenden Effektes — was der geringste Nachteil wäre —, sondern man wird zahlreiche Über- und Unterdosierungen vornehmen. Wenn man z. B. Anhänger der elektrodynamischen Theorie ist, die elektrischen Entladungen für das wirksame Agens hält und gerade mit einer Röhre arbeitet, welche viel Röntgenlicht und wenig elektrische Entladung gibt, so wird, wenn nach gewisser Zeit die elektrischen Entladungen genügend gegeben zu sein scheinen, die überwiegende Menge der Röntgenstrahlen schon so groß sein, daß, falls sie das wirksame Agens sind, schon eine bedeutende Überdosierung vorliegt.

Aber nicht nur für die Dosierung, sondern auch für die Wahl der Schutzmaßregeln für die umgebende Haut ist der theoretische Standpunkt von großer Bedeutung; die Schutzmaßregeln für die elektrischen Entladungen sind zumeist ein schlechter Schutz gegen das Röntgenlicht und umgekehrt.

Eine falsche theoretische Ansicht, welche immerhin noch einige Anhänger zählt, erscheint aber zweifellos als Milderungsgrund gegenüber bloßer Achtlosigkeit bei richtiger Einsicht.

Für den Richter ist die wichtigste Frage, welches die direkte, die letzte Ursache der Schädigung war, und ob der Arzt es in der Hand hatte, sie zu vermeiden.

Die Röntgenstrahlung wird zum größten Teil in der Eintrittsstelle aufgefangen und absorbiert; sie setzt sich ähnlich dem Licht in chemische Energie um, diese setzt chemische Veränderungen in den Gewebszellen, welche dadurch erkranken (Nekrobiose). Ist diese und die Menge ihrer Zersetzungsprodukte bis zu einer gewissen Höhe gediehen, so ruft sie eine reaktive Entzündung hervor, d. h. es liegt zwischen Bestrahlung und Reaktion eine gewisse Latenzzeit (ca. 14 Tage), und mit dieser muß der Röntgentherapeut rechnen.

Drei Grade der Röntgenreaktion werden unterschieden:

1) Rötung und Haarausfall, 2) nässende Exkoriation mit nachfolgender Überhäutung, 3) Mortifikation, Geschwür mit Ausgang in Narbenbildung.

Die beiden ersten sind bei gewissen Krankheiten der Haut indiziert, der dritte Grad ist eine zwecklose Schädigung (außer wenn letztere direkt beabsichtigt wird, wie bei bösartigen Neubildungen).

Welcher von den ersten beiden Graden anzuwenden ist, darüber

bestehen noch verschiedene Ansichten; bei beiden Graden wird es aber selten zu gerichtlichen Nachspielen kommen. Wenn es sich um die dritte Stufe der Reaktion handelt, und wenn festgestellt ist, daß wirklich eine Schädigung entstanden ist, wird der Richter die Frage stellen, ob sie vermeidlich war oder nicht. Diese Frage löst sich in zwei andere auf: 1) von welchem Faktor hängt die erst später auftretende Reaktion ab, 2) hat der Radiologe diese Faktoren in der Hand oder nicht. Kienböck hat diese Fragen entschieden, indem er sagt, die Höhe der Reaktion hängt ab 1) von der absorbierten Menge des Röntgenlichtes, 2) von dem Alter des Individuums, 3) von der Körperstelle (Gesicht, Kopf, Beugeseiten, Streckseiten verschieden), während er bestreitet, daß eminente individuelle Differenzen (Idiosynkrasie) bestehen, und nur zugibt, daß vielleicht kleine individuelle Unterschiede vorkommen. Seine Angaben fanden durchweg Bestätigung und Zustimmung. Die letzten beiden der angeführten Faktoren sind uns völlig zugängig, sie sind von therapeutischer Bedeutung, werden aber selten zu gerichtlichen Konflikten führen. Um die Menge des absorbierten Röntgenlichtes zu bemessen, sind verschiedene Methoden angegeben; die einfachste erscheint dem Ref. die mit dem Chromoradiometer von H. Diese Methoden müssen sich aber noch in weiteren Kreisen einführen. Die vorkommenden Schädigungen sind auf absolute Überdosierungen mit Röntgenlicht zurückzuführen; somit ist uns der Weg zur Verhütung von Schädigungen gegeben.

Diesen klaren theoretischen Auseinandersetzungen läßt H. gewissermaßen zur Illustration des Gesagten einige typische Fälle von gerichtlich ausgetragenen Röntgenverbrennungen folgen. Jedem einzelnen Falle fügt er eine Epikrise bei. Seine außerordentlich wichtige Arbeit dürfte die Grundlage für die Beurteilung in allen zukünftigen derartigen Prozessen bilden. **H. Wagner** (Breslau).

---

3) **S. Weidenfeld.** Weitere Beiträge zur Lehre von den Verbrennungen.

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 44 u. 45.)

Durch genaue geometrische Messungen verbrannter Körperoberfläche hat der Autor die Beziehungen zwischen der Zeit des Todes und der Ausdehnung der Verbrennungsfläche festzustellen gesucht und hat dabei ein direktes Abhängigkeitsverhältnis zwischen der Größe der letzteren und der Schnelligkeit des Todes gefunden. Weiterhin ist er durch Experimente zu dem Schluß gekommen, daß es die rasche Aufnahme der in der verbrannten Haut gebildeten Giftstoffe ist, welche die Tiere tötet. Für die Behandlung ausgedehnter Verbrennungen glaubt W. mit der Ausschneidung der verbrannten Haut das Krankheitsbild milde gestalten bezw. den Tod hinausschieben zu können. Im gleichen Sinne wirken auch

Kochsalzinfusionen, welche allein für die leichteren Fälle auch ausreichen. **Herm. Frank** (Berlin).

4) **M. Moltrecht.** Die multiplen Ekchondrosen der Trachea.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 4.)

In Virchow's Geschwulstwerk findet sich eine ausführliche Beschreibung der multiplen Ekchondrosen der Luftröhre, und man trifft hier fast alles das schon, was spätere Autoren darüber geschrieben haben. Es handelt sich nun nach Virchow stets um eine Erkrankung mehrerer oder gar aller Trachealringe. Meist von den Kanten wachsen quer- oder längsgestellte Geschwülste; vereinigen sich und bilden oft eine gitterartig in die Tracheallichtung vorspringende Zeichnung. Die Wucherung geht aus vom Perichondrium, wächst allmählich heran, wird schließlich gestielt, behält aber stets ihre Lage innerhalb der Schleimhaut bei. Hat die so entstandene Knorpelgeschwulst eine bestimmte Größe erreicht, so treten um die meist großen Knorpelzellen herum in der hyalinen Grundsubstanz feine variköse Fasern auf, wodurch das Bild eines Santorini'schen, also Netzknorpels entsteht. Virchow erwähnt weiter, daß diese Gebilde später verknöchern können, ohne anzugeben, auf welche Weise dies geschieht.

Die meisten Forscher — und es sind deren nicht wenige — schließen sich der Ansicht Virchow's an, nur in der Auffassung der in den Geschwülsten vorhandenen elastischen Fasern und der Entstehung der Geschwülste bestehen verschiedene Ansichten.

M. bereichert die über 28 Fälle verfügende Literatur um weitere 4 Fälle und kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlußsätzen:

1) Die Ekchondrosen der Luftröhre sind stets multipel auftretende, aus echtem Knorpel- resp. Knochengewebe bestehende Geschwülste, welche vom Trachealepithel überzogen werden und meist mit den Knorpelringen in Zusammenhang stehen. Sie machen fast nie Beschwerden und bilden daher meist einen zufälligen Obduktionsbefund. Nur zwei Fälle sind klinisch beobachtet und operativ in Angriff genommen worden.

2) Die Neubildungen entstehen ohne bekannte Ursache an Stellen der Luftröhrenwand, welche normalerweise elastische Fasern besitzen, d. h. im Perichondrium, den Ligamenta annularia, in Bindegewebszügen, welche von diesen beiden Stellen zur Schleimhaut führen, sowie in der mittleren Schicht der Submucosa. Der größte Teil der Geschwulst steht mit dem Perichondrium in Verbindung und ist aus diesem entstanden, ein anderer Teil entsteht wahrscheinlich auf metaplastischem Wege aus dem Bindegewebe der genannten Faserstränge.

3) An den erwähnten Stellen legt sich zuerst ein elastische Fasern enthaltender Knorpel an, der verkalken und zu Knochen werden kann. Letzterer enthält ebenfalls oft elastische Fasern. Der

häutige Teil der Luftröhre und der außerhalb der Knorpelringe liegende Abschnitt der Trachealwand bleiben frei von Geschwülsten.

4) Die Geschwülste kommen etwa gleich häufig beim männlichen wie beim weiblichen Geschlecht vor und sind nicht vor dem 23. Lebensjahre beobachtet. **H. Wagner** (Breslau).

5) **Busalla.** Die Behandlung der Decanulementsschwierigkeiten bei tracheotomierten diphtheriekranken Kindern, mit besonderer Berücksichtigung der »retrograden Intubation«.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 2.)

Von den verschiedenen Verfahren, welche zur Beseitigung von Decanulementshindernissen nach Tracheotomien wegen Diphtherie empfohlen sind, bespricht B. hauptsächlich zwei, nämlich das Killian'sche der permanenten Intubation und das von v. Cačković angegebene der sog. retrograden Intubation. Das erstere ist zweifellos ein gutes Hilfsmittel, allein die Methode beansprucht ein besonderes Instrumentarium und ist technisch nicht leicht auszuführen. Diese Nachteile vermeidet die zweite Methode. Sie besteht darin, daß ein starres, elastisches, aber nicht hartes Drainrohr von 4 cm Länge 1,5 cm von einem Ende entfernt mit einem durch das Rohr hindurchgestochenen starken Seidenfaden armiert wird. Durch die Tracheotomiewunde wird dann zunächst das längere Ende in die Trachea, das kürzere nach oben gegen den Kehlkopf geschoben. Die Fadenenden werden um den Hals geschlungen und die Wundöffnung fest tamponiert. Das Drain wirkt durch stetigen leichten Druck auf die Granulome und bringt sie zur Atrophie. Auf diese Weise wird das Haupthindernis für das Decanulement entfernt. Da nach v. Cačković's Vorschrift der um den Hals gebundene Faden das Kind sehr belästigt, wenn er fest geschnürt wird, so hat Verf. sich eines Kanülenschildes bedient, an welchem die Fadenenden befestigt werden. Das Schild selbst wird in üblicher Weise mit einem breiten Band befestigt. Bei Erstickungsgefahr braucht die Wärterin dann bloß das Band zu durchschneiden und am Kanülenschild zu ziehen, dem dann das Drainrohr folgt. Angewendet wurde das Verfahren in 3 Fällen und nur dann, wenn schon mehrere Wochen mit Decanulementsversuchen verstrichen waren. Der Erfolg war jedesmal der erwünschte.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

6) **Karewski** und **Meyer.** Über künstliche Erzeugung von Pleuraverwachsungen zu chirurgischen Zwecken.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 19.)

Durch die Naht allein oder durch Einspritzung chemischer Substanz in den Pleuraraum gelang es experimentell nicht, feste Verwachsungen herbeizuführen. Wurden dagegen Terpentinseidennähte parallel durch mehrere Zwischenrippenräume gelegt und die eingeschlossenen Rippen gleichzeitig umstochen, so gelang es

bereits in 3 Tagen, eine flächenhafte feste Verwachsung zu erzeugen, welche auch die Lungeninterstitien verödete. **Borchard** (Posen).

---

7) **O. Wagener.** Über die Methoden der Freilegung des Herzens zur Vornahme der Naht nach Verletzungen.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

Die Arbeit bringt in einer sehr übersichtlichen mit großem Fleiß angefertigten Zusammenstellung alle bisher über das genannte Thema veröffentlichten Arbeiten (64). Verf. erörtert die Frage: ob Lappenbildung mit Rippen oder Lappenbildung mit Rippenresektion stattfinden soll und entscheidet sich auf Grund seiner Studien der einschlägigen Literatur für das erstere. Das Nähere kann nur im Original nachgesehen werden. **Grosse** (Kassel).

---

8) **F. Purpura.** Sulla ligatura della vena cava inferiore. Studio sperimentale.

(Festschrift für Bottini. Typographia matematica di Palermo.)

Den Ausgangspunkt zu den Experimenten des Verf. bietet ein von Bottini mit Glück operierter Fall, bei welchem dieser mit einer retroperitonealen Lymphdrüsengeschwulst ein Stück Vena cava resezierte. Einem Rückblick auf die einschlägige Literatur folgt die Versuchsanordnung P.'s: Er unterband bei Hunden die Vena cava entweder primär vollkommen, oder er ahmte gewissermaßen den komprimierenden Einfluß der Geschwulst dadurch nach, daß er zunächst durch eine lose Ligatur oder durch Umschließung des Gefäßes mit Zelloidin eine Stenose schuf und erst später die Venenlichtung vollkommen verschloß. Derartige Stromunterbrechungen wurden an je drei Abschnitten der Cava ausgeführt; nämlich: 1) in dem Teil vom Zusammenfluß der Vv. iliacae bis zur Einmündung der Spermatica dextra, 2) in dem Teil von dieser bis zur Nierenvene und 3) oberhalb dieser bis zur Einmündung der Venae hepaticae. Die Resultate der großen Versuchsreihe des Verf. lassen sich in folgendem zusammenfassen: Bei der vollständigen Unterbindung in einer Sitzung ist es nur in wenigen Fällen möglich, das Leben des Hundes zu erhalten (siebenmal unter 25 Versuchen); besonders schwer gelingt dies bei der Unterbindung oberhalb der Venae renales (einmal unter vier Fällen). Leichter gelingt es die Tiere zu erhalten nach vorheriger Stenosierung des Gefäßes. Der Kollateralkreislauf, welcher sich dabei ausbildete, wurde auch mittels Injektion noch näher studiert; dabei ergab sich folgendes: Bei Unterbindung der Cava unterhalb der Nierenvene fließt das Blut durch die Venae spinales externae anteriores, die Vv. uretericae und bei Hündinnen die linksseitigen Uterus- und Eierstocksvenen ab; in zweiter Linie kommen dabei die Vv. meseraica inf. und jene der Abdominalwand in Betracht. Bei der Obliteration oberhalb der Nierenvenen stellt

sich die Zirkulation vorzüglich durch die Gefäße des Parenchyms und der Kapsel der Niere sowie ebenfalls durch die Venae spinales externae, meseraica inf. und jene der Bauchwand her. 11 wohlgelungene Photogramme illustrieren die anatomischen Befunde in der anschaulichsten Weise. Ein Literaturverzeichnis von 87 Nummern beschließt die fleißige Arbeit. **A. Most** (Breslau).

---

9) **A. v. Frisch** und **O. Zuckerkandl.** Handbuch der Urologie. Erste Abteil. (p. 1—160, Fig. 1—50).

Wien, **Alfred Hölder,** 1903.

Ein umfassendes Handbuch der Urologie ist entschieden seit langem ein dringendes Bedürfnis unserer Literatur. Der Tatsache, daß die Urologie, die in gleicher Weise die chirurgischen, die internen und die neurologischen Erkrankungen der Harnorgane umfaßt, in den letzten Jahren sich zum Range einer Spezialdisziplin erhoben hat, wird durch das Erscheinen dieses Handbuches am besten Rechnung getragen. Die Namen der Mitarbeiter, überwiegend den Wiener Schulen angehörig, bürgen für die Vortrefflichkeit des Inhaltes.

Bisher liegt vollendet vor der anatomische Teil von E. Zuckerkandl.

Entwicklungsgeschichte, deskriptive und topographische Anatomie mit besonderer Berücksichtigung der Anomalien, Histologie der Niere, Harnleiter, Blase, Prostata, Harnröhre, Penis, Hoden und Samenleiter werden aufs eingehendste geschildert, die große persönliche Erfahrung des Autors zeigt sich allenthalben in dem eigenen sicheren Urteil; zahlreiche, vorzügliche, selbstgelieferte Abbildungen illustrieren den Text.

Den weiteren Lieferungen wird man nicht nur im Kreise der Urologen mit größtem Interesse entgegensehen dürfen.

Willi Hirt (Breslau).

---

10) **L. Casper.** Lehrbuch der Urologie. 1. Lieferung.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1903.

Während das gleichzeitig erscheinende Handbuch der Urologie auf breitester wissenschaftlicher Grundlage sich aufbaut, beabsichtigt C. ein Lehrbuch zu schaffen, das dem praktischen Bedürfnis des Arztes und Studenten gerecht wird, das alle neuen Errungenschaften der Disziplin in prägnanter Form bespricht, ohne sich in theoretische Details zu verlieren.

Soweit man bisher urteilen kann, wird Verf. dieser Aufgabe vollkommen gerecht. Anleitung zum Krankenexamen, knappe anatomische und physiologische Bemerkungen, ausführliche Beschreibung der physikalischen Untersuchungsmethoden mit zahlreichen technischen Hinweisen, sowie der Untersuchung der Sekrete bilden den allgemeinen Teil, der spezielle wird mit den Krankheiten der Harn-

röhre und des Penis eingeleitet. Zahlreiche Abbildungen (auf 80 Seiten 110 Figuren), besonders viele instruktive cystoskopische Photogramme sind beigegeben. Auch dieses Lehrbuch in seiner Eigenart wird vielen willkommen sein. **Willi Hirt** (Breslau).

11) **Wenzel.** Die suprapubische Zystostomose nach Witzel und ihre jetzige vereinfachte Technik.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 13.)

Die Methode der Blasenfistelanlegung nach Witzel ist von ihm selbst außerordentlich vereinfacht worden, so daß sie von jedem praktischen Arzt ausgeführt werden kann. Trotzdem leistet sie dasselbe wie das ursprüngliche, kompliziertere Verfahren. Nur bei sensiblen Pat. ist Halbnarkose notwendig. Ist die Blase gefüllt, so bedarf es außer den sonstigen Vorbereitungen wie zu jeder Operation keiner besonderen Maßnahmen. Bei leerer Blase ist eine möglichste Füllung derselben angezeigt. Um den Einstich des Trokars zu erleichtern, wird 3—4 Querfinger von der Mittellinie ein kleiner Einstich mit einem spitzen Skalpell gemacht und durch diesen der Trokar durch die Muskulatur der Bauchwand schräg nach unten und abwärts geführt bis dicht oberhalb der Symphyse und dann schnell nach rückwärts und abwärts in die Blase gestochen. Nach Rückziehen des Stachels wird schnell ein Nélatonkatheter eingeführt, sodann die Kanüle zurückgezogen und der Nélatonkatheter an der äußeren Haut befestigt. Sobald Pat. in das Bett gebracht ist, wird der Nélaton mit einem Gummiheberschlauch in Verbindung gebracht, durch den der Urin permanent abfließt. Als Mittel zur Blasenspülung wird sehr die Lugol'sche Lösung ($^1/_2$—1 Eßlöffel auf 1 Liter Wasser) besonders bei jauchigem zersetztem Urin empfohlen. Auch wenn die Pat. am nächsten Tage aufstehen, bleibt die Hebervorrichtung, um Urininfiltrationen zu vermeiden, in Tätigkeit. Wenn genügende Granulationen vorhanden sind, wird der Nélaton für Stunden zugestöpselt. Der erste Katheter bleibt etwa 3—4 Wochen liegen und wird dann alle 8—14 Tage gewechselt. Als Indikationen werden genannt Prostatageschwülste, Prostatahypertrophie, Zerreißungen oder Strikturen der Harnröhre, wenn Urethrotomia externa oder interna aus lokalen oder allgemeinen Gründen nicht ausführbar ist, und die Behandlung der akuten und chronischen Zystitis in Fällen, wo der häufige Katheterismus wegen Schmerzen usw. nicht ausführbar ist (Cystitis dolorosa) endlich nach Exstirpation der weiblichen Harnröhre wegen Karzinom. Ein Fall, in welchem wegen Fistelbildung nach Sectio alta das Verfahren eingeleitet wurde, ist noch in Behandlung, scheint aber der Heilung zuzugehen.

Borchard (Posen).

12) Enderlen und Walbaum. Ein Beitrag zur Einpflanzung der Ureteren in den Darm.

(Sonderabdruck aus der Festschrift zum 60. Geburtstage O. Bollinger's.)
Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1903. 27 S. 7 Abbild. im Text, 2 Tafeln.

Verff. stellen zunächst in einer ausführlichen Tabelle 68 mehr oder weniger typische Maydl'sche Operationen — Einnähen der Harnleiter mit einem Stück der benachbarten Blasenwand in die eröffnete Flexur — zusammen. Daraus ergibt sich eine Gesamtsterblichkeit von 22%. Bei den zum Teil bis zu 4 Jahren nachbeobachteten Fällen sind weder Störungen im Allgemeinbefinden, noch ein wesentliches Nachlassen der anfangs erzielten Kontinenz festgestellt. In einer weiteren Tabelle sind 27 Fälle von einfacher axialer oder seitlicher Anastomosenbildung zwischen Harnleitern und Darmrohr aufgezählt, die eine Sterblichkeit von 55,5% ergeben. Dabei ist freilich zu berücksichtigen, daß bei dieser letzten Serie meistens Tuberkulose oder bösartige Geschwülste die Indikation für den operativen Eingriff abgaben. Auf Grund dieser bisher bei Operationen am Menschen gesammelten Erfahrungen kommen Verff. zu dem Schluß, daß, wo die Wahl frei steht, die Einpflanzung der abgeschnittenen Harnleiter in den Darm nicht angewandt werden solle.

Im zweiten Teil der Arbeit werden zunächst die bisher ausgeführten Tierexperimente aufgezählt, wobei sich ergibt, daß dieselben weit ungünstigere Resultate ergeben, als die am Menschen ausgeführten Operationen. Dann beschreiben Verff. die von ihnen selbst ausgeführten Tierversuche, die besonders nach der Richtung hin Aufklärung bringen sollten, ob die Einpflanzung der Harnleiter in ein total ausgeschaltetes Darmstück (nach Gersuny in den total ausgeschalteten Mastdarm) einen Vorteil vor der ursprünglichen Maydl'schen Methode habe. Die Versuche wurden in drei Gruppen durchgeführt; im allgemeinen sind dieselben von demselben Mißgeschick verfolgt wie die aller anderen bisherigen Experimentatoren; nur die zweite Gruppe — Verschluß der oralen Mastdarmlichtung durch das aufgenähte, die Harnleiter enthaltende Blasenstück — weist einige Erfolge auf, darunter ein Tier, das jetzt 1 Jahr nach dem Eingriffe lebt und munter ist. Das Ergebnis ihrer Untersuchungen fassen Verff. in nachfolgende Schlußsätze zusammen: 1) Das Einpflanzen der Harnleiter ohne ein Stück der anliegenden Blasenwand in den Darm ist am besten zu unterlassen. 2) Hat man nur die Harnleiter zur Verfügung, so verdient die Ausschaltung des Rektums, nach Gersuny's Vorgang, den Vorzug. 3) Bei Gersuny's Operation ist mehr Aussicht, eine Niereninfektion zu vermeiden, als bei der Maydl'schen Methode. 4) Der von Subbotin angegebene Operationsmodus dürfte wenig zu empfehlen sein. 5) Die Einpflanzung der Harnleiter mit Blasensaum in eine partiell ausgeschaltete Darmschlinge hat absolut keine Vorzüge vor Maydl's Verfahren.

Vollkommen zu verwerfen ist die Implantation in den Processus vermiformis. 6) Das Blasenepithel bleibt einerseits erhalten, wandert aber anderseits nicht auf die Rektalmucosa, deren Epithel verdrängend, weiter. 7) Die Rektalschleimhaut erleidet keine tiefergehenden Veränderungen. 8) Die Nieren können auch bei längerem Bestehen einer Harnleiter-Darmanastomose völlig intakt bleiben.

Am Schluß der Arbeit findet sich ein sehr ausführliches, 104 Nummern enthaltendes Literaturverzeichnis.

Dettmer (Bromberg).

---

13) **Zondek.** Die Topographie der Niere und ihre Bedeutung für die Nierenchirurgie.

Berlin, **August Hirschwald,** 1903.

In einer außerordentlich fleißigen und gründlichen Arbeit gibt Verf. einen zusammenhängenden Bericht über seine durch Jahre fortgesetzten Studien über den Bau (Gefäßverteilung) und die Lage der Niere. Wenn auch ein Teil der Untersuchungsergebnisse des Verf. durch gelegentliche Aufsätze und Mitteilungen auf den Chirurgenkongressen bekannt sind, so ist es doch von großem Interesse, hier das gesamte Gebiet abgeschlossen vor uns zu sehen. Die Arbeit zerfällt in drei Abschnitte: a) Lageverhältnisse zur Umgebung, b) Verteilung der Gefäß- und Harnleiteräste in der Niere, c) Heterotopie der Niere. Für den Chirurgen ist vielleicht am wichtigsten der zweite Abschnitt. An der Hand älterer und neuer von ihm angefertigter Mazerationspräparate schildert Z. das Verhältnis zwischen Gefäß- und Harnleiterverzweigungen. Er weist auf den nicht seltenen und praktisch wichtigen Befund einer doppelten Nierenarterie hin und beschreibt dann die von ihm sog. natürliche Teilbarkeit der Niere. Zwischen ventralen und dorsalen arteriellen Gefäßbüscheln liegt nämlich eine schmale gefäßarme Zone, die schräg von hinten oben nach vorn unten verläuft, derartig, daß die dorsale Schale die schwächere ist. In diesem Raume der natürlichen Teilbarkeit soll die operative Spaltung der Niere erfolgen. Interessante Aufschlüsse geben die Präparate auch in bezug auf die Niereninfarkte, deren Form und Lage sich eng denjenigen der Gefäßbüschel anschließt. Das Studium der Kapselgefäße ergab wichtige Aufklärungen über Ätiologie und Pathogenese der peri- und paranephritischen Eiterungen.

Die Schrift ganz zu erschöpfen, würde weit über den Rahmen eines Referates hinausgehen; möge dieser kurze Hinweis auf den reichhaltigen Inhalt genügen.

Der Arbeit beigefügt ist ein Atlas, bestehend aus einigen dreißig stereoskopischen Abbildungen nach Präparaten. So instruktiv dieselben sind, so wird die Arbeit dadurch etwas unhandlich. Verf. wird nicht umhin könnnen, in einer zweiten Auflage einen Teil seiner Photographien im Text zu reproduzieren und den Atlas daneben für spezielle Interessenten bestehen zu lassen.

Tietze (Breslau).



Kleinere Mitteilungen.

14) II. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie. 2. Juni 1903.

Vorsitzender: Geh.-Rat Prof. Hoffa-Berlin.

(Schluß.)

Nachmittagssitzung.

B. Verhandlungen über Coxa vara.

Joachimsthal (Berlin) bespricht an der Hand von Krankheitsfällen, Röntgenbildern und Präparaten die verschiedenen Formen der Schenkelhalsverbiegungen.

Es gibt zweifellos kongenitale Fälle. Bei den betreffenden Pat. werden die Erscheinungen des Krankheitsbildes, wie bei der Hüftverrenkung, bei den ersten Gehversuchen augenfällig. In einer von J. besprochenen Beobachtung hatte von zwei Geschwistern das eine 5jährige Mädchen eine doppelseitige angeborene Schenkelhalsverbiegung, während der 6jährige Bruder wegen einer doppelseitigen Hüftverrenkung mit Erfolg dem Lorenz'schen Repositionsverfahren unterzogen werden konnte. Ein 11jähriger Knabe, den J. vorstellt, zeigt neben einer hochgradigen, seit den ersten Gehversuchen beobachteten linksseitigen Schenkelhalsverbiegung eine seit der Geburt bestehende Ichthyosis universalis. Charakteristisch ist für diese angeborenen Fälle der Befund auf den Röntgenbildern, ein langgezogener, walzenförmig gestalteter Kopf, der an der von oben außen nach unten innen verlaufenden Epiphysenlinie fast ohne Hals direkt in den Schenkelschaft übergeht.

Eine weniger typische Form ist die mit dem angeborenen Oberschenkeldefekt in Beziehung stehende Form der Coxa vara congenita. J. demonstriert einen 4jährigen, von ihm seit dem ersten Lebensmonate beobachteten und regelmäßig mittels des Röntgenverfahrens untersuchten Knaben, an dem zunächst ein Defekt des oberen Endes des linken Oberschenkels angenommen werden mußte; die weitere Beobachtung indes zeigte, daß es sich um eine hochgradige Coxa vara handelte, in die nicht allein der Hals, sondern auch das obere Femurende einbezogen war. Die in diesem Falle konstatierte Verzögerung der Ossifikation in dem abgebogenen Teile des Oberschenkels findet sich, wie J. an Beispielen zeigt, auch sonst vielfach bei den sogenannten intra-uterinen Frakturen.

Die rachitische Schenkelhalsverbiegung äußert sich, wie J. an Präparaten und Kranken zeigt, entweder in einer Verkleinerung des Schenkelhalswinkels oder in einem Herabgleiten des Kopfes in der Epiphysenlinie, und veranlaßt dann zur Annahme eines speziell an der Ossifikationsgrenze gelegenen Erweichungsherdes.

Die Annahme, daß bei einem solchen Erweichungsprozeß eine, wenn auch geringfügige, traumatische Einwirkung die unmittelbare Ursache der Deformität geworden ist, hat etwas bei der Betrachtung des Röntgenbildes ungemein Bestechendes und gewinnt an Wahrscheinlichkeit, wenn, wie in einem von J. demonstrierten Falle, die Erscheinungen sich unmittelbar an ein Trauma anschließen.

Schwieriger und zur Zeit trotz der verschiedensten Erklärungsversuche noch völlig im Dunkeln liegen die ätiologischen Verhältnisse bei der im jugendlichen Alter auftretenden sogenannten statischen Form der Schenkelhalsverbiegungen. J. bespricht die verschiedenen Erklärungsversuche dieser Affektion durch die Annahme einer Spätrachitis, einer juvenilen Osteomalakie, durch ein Mißverhältnis zwischen Ausbildungsstadium und Beanspruchung des Schenkelhalses und durch Überbeanspruchung des normalen und dem Alter ent-

sprechend entwickelten Collum femoris. Vielfach sind traumatische Einflüsse im Spiel.

Endlich werden noch die im Verlaufe der Osteomalakie, der Osteomyelitis, Ostitis fibrosa und Arthritis deformans auftretenden Schenkelhalsverbiegungen an der Hand von Präparaten kurz besprochen.

(Selbstbericht.)

Schanz (Dresden) spricht über die Coxa vara als statische Belastungsdeformität des Schenkelhalses.

Borchard (Posen). Zur Ätiologie der Coxa vara.

Vortr. weist, nachdem er ausdrücklich betont hat, daß seine Ausführungen sich nur auf die Coxa vara im Wachstumsalter und jenseits derselben bezieht, darauf hin, daß alle im Bezirk von der Pars trochanterica bis zur Gelenkpfanne (inklusive) vorkommenden Störungen der Festigkeit des Knochengefüges imstande sein können, unter weiterem Einfluß der Belastung und der von den Muskeln und Bändern ausgeübten Gewalt, das Bild einer Coxa vara zu erzeugen. Letztere ist eben nur ein Symptomenkomplex, keine Krankheit an sich. Vortr. sah die Coxa vara-Erscheinungen bei Ausweitung der Gelenkpfanne nach vorn oben, bei Weichheit des Schenkelhalses infolge von Syringomyelie. Die große Häufigkeit des Vorkommens eines mehr oder weniger schweren Traumas in der Anamnese ist sehr beachtenswert. Die plötzlich auftretenden Beschwerden oder die sprungweise einsetzenden Verschlimmerungen können beruhen auf kleinen Sprüngen und Rissen im Knochen. Schon aus dem Grunde ist es zweckmäßig in derartigen Fällen Extension und Massagebehandlung zur Ruhigstellung des geschädigten Knochens und zur Beruhigung der gereizten Muskeln anzuwenden. (Der Vortrag erscheint im Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallheilkunde.) (Selbstbericht.)

Fröhlich (Nancy) unterscheidet eine symptomatische und eine essentielle Coxa vara. Die letztere entspricht dem Genu valgum und Pes planus adolescentium. Die symptomatische Coxa vara zeigt gewöhnlich die Knickung nahe dem Trochanter, Coxa vara trochanterica, die essentielle hingegen nahe am Kopfe des Femur; er bezeichnet diese als Coxa vara cervicalis.

In drei Fällen dieser Art fand F. keinen Anhaltspunkt für die Annahme einer Spätrachitis, in zwei Fällen wurde bakteriologisch die Anwesenheit von Staphylokokkus albus nachgewiesen. Er glaubt deshalb, daß ätiologisch eine chronische Osteomyelitis in Betracht zu ziehen ist, und daß es sich bei der Tarsalgie, dem Genu valgum und der Skoliose vielleicht auch um solche schleichende Osteomyelitiden handelt.

Ludloff (Breslau) demonstriert Röntgenbilder von Coxa vara verschiedener Ätiologie. Er glaubt ferner, daß bei der jetzigen Verbandanlage bei der Behandlung der Hüftluxation eine Coxa vara entsteht.

Codivilla (Bologna). Behandlung der Coxa vara.

Davon ausgehend, daß die üblichen Behandlungsmethoden der Coxa vara sich nicht als vollkommen zweckentsprechend erweisen, macht Vortr. Mitteilungen über ein neues Verfahren, welches in zwei Fällen zu recht gutem Resultate führte:

Der Schenkelhals wird in der Regio intertrochanterica zwischen Kapsel und Muskelansatz durchtrennt. Um es zu ermöglichen, daß die somit geschaffenen Knochensegmente Scharnierbewegungen zulassen, wird mit krummem Meißel die Osteotomie in der Weise ausgeführt, daß sie einer bogenförmigen Linie folgt, deren Konkavität medialwärts gerichtet ist. (Scharnierosteotomie.)

Vortr. warnt vor Überführung des osteotomierten Oberschenkels in starke Abduktionsstellung, weil dies zu nachträglicher Verkürzung der Abduktoren führt und Neigung zur Wiederausbildung einer Coxa vara wachrufen kann, sobald die betreffende Extremität in die indifferente Stellung gebracht werden soll. Er empfiehlt den osteotomierten Oberschenkel in die indifferente oder höchstens

in leichte Abduktionsstellung zu bringen und kräftig zu extendieren. Letzteres erreicht er durch eine Methode, welche ihm nach Lösung der ursprünglichen Bruchstücke zu ausgezeichneten Resultaten in Fällen verholfen hat, wo es sich um beträchtliche Verkürzung des Beines bei veralteten, schlecht verheilten Oberschenkelbrüchen handelte.

Die operierte Extremität des auf dem Schede'schen Bett gelagerten Pat. wird einer starken Extension (bis über 25 kg) unterzogen und unter allmählicher Steigerung der Extensionswirkung regelrecht eingegipst.

Nach Ablauf einiger Tage wird der Gipsverband, dem Knochenbruch entsprechend, zirkulär durchsägt, die Extension um ein weiteres forziert und, unter Erhaltung der damit erreichten Verlängerung, der Gipsverband wiederum vervollständigt.

Schädliche Druckeinwirkungen auf die Weichteile des Fußes werden dadurch vollständig aufgehoben, daß man mittels eines durch den Fersenhöcker getriebenen Stahlstiftes die ganze Zugkraft auf das Knochengerüst direkt überträgt.

In beiden nach diesem Verfahren behandelten Fällen wurde am Oberschenkel eine beträchtliche Vergrößerung des Winkels zwischen Hals und Schaft und eine nennenswerte Besserung der funktionellen Verhältnisse am Hüftgelenk erzielt.

(Selbstbericht.)

Reiner (Wien) beleuchtet die Beziehungen zwischen kongenitaler Coxa vara und kongenitalem Femurdefekt und weist nach, daß am Femur in frühen Entwicklungsstadien sogenannte schwache Stellen vorhanden sind, bei deren Läsion, je nach der Stärke der äußeren pathologischen Einwirkung, Coxa vara oder Femurdefekt oder Zwischenstadien sich herausbilden. Zur Erläuterung demonstriert er das Skelett einer sechsmonatigen Frucht, welche an einer dieser Stellen (Regio subtrochanterica) eine Kontinuitätstrennung mit Pseudarthrosenbildung nachweisen läßt. (Selbstbericht.)

Diskussion. Franz (Berlin) demonstriert einen 21jährigen Mann mit Defektbildung am Oberschenkel und hochgradiger Coxa vara.

Drehmann (Breslau) sah in einigen Fällen nach epiphysärer Osteomyelitis in den ersten Lebenstagen später typische Coxa vara und typisches Genu valgum eintreten, während sonst von der früheren Osteomyelitis keine Gelenksschädigungen mehr vorhanden waren. Er erwähnt ferner ein der Coxa vara adolescentium eigentümliches Symptom und rät zur unblutigen Behandlung mit Redressement und nachfolgender Gymnastik.

Müller (Stuttgart) demonstriert das Präparat des zuerst von ihm beschriebenen Falles und wendet sich gegen einige Irrtümer in der Literatur.

Riedinger (Würzburg) weist darauf hin, daß bei Abbiegungen unterhalb des Trochanters im Wachstumsalter eine Coxa valga entstehen kann.

Hoffa (Berlin) zeigt durch Resektion gewonnene Präparate von Coxa vara congenita. Es handelt sich um eine fehlerhafte Anlage des oberen Femurendes. Er hält zwei von Joachimsthal demonstrierte Fälle auch für angeborene.

Drehmann (Breslau).

Alsberg (Kassel) macht mit Rücksicht auf ein von Joachimsthal demonstriertes Präparat von Coxa vara bei einem 5 Monate alten rachitischen Kinde darauf aufmerksam, daß hier keine echte Coxa vara vorliegt, daß vielmehr die Verkrümmung im proximalen Schaftende liegt. Es handelt sich dabei um die sehr häufige Form der rachitischen Verkrümmung, welche klinisch nur schwer von der echten Coxa vara rachitica zu unterscheiden ist. Nur das mit der nötigen Vorsicht aufgenommene Röntgenbild kann intra vitam die sichere Diagnose ermöglichen. Es handelt sich dabei gerade um diejenigen Fälle, welche einer spontanen Ausheilung bei zunehmendem Körperwachstum fähig sind. Daß die Verkrümmung gerade besonders häufig an dieser Stelle liegt, findet vielleicht eine

ungezwungene Erklärung durch die vorhergehenden Ausführungen der Herren Franz und Reiner, nach denen die Regio subtrochanterica einen Locus minoris resistentiae darstellt. (Selbstbericht.)

Joachimsthal weist gegenüber Hoffa darauf hin, daß in den beiden demonstrierten Krankheitsfällen, in denen er die Schenkelhalsverbiegungen als rachitische angesprochen hat, sonstige rachitische Veränderungen zweifellos bestehen, sowie daß in beiden Fällen der Gang zunächst ein normaler war. Gegenüber Alsberg verweist er auf die Schwierigkeit, bei den in verschiedensten Partien verbogenen Oberschenkeln genaue Messungen vorzunehmen. (Selbstbericht.)

Spitzy (Graz). Der Pes planus.

Vortr. bespricht die Literatur und supponierte Anatomie des Pes planus. In den weiteren Ausführungen wendet er sich hauptsächlich gegen die von Küstner, Hüter, Lorenz aufgestellte Behauptung, der Neugeborene habe einen platten Fuß und das Fußgewölbe bilde sich erst extra-uterin. An der Hand von klinischen Beobachtungen wie von sagittalen und frontalen Gefrierschnitten von neugeborenen und erwachsenen Füßen ist der Vortr. imstande, die Unhaltbarkeit obiger Behauptung zu beweisen. Aus dieser wie aus Messungen von 300 Säuglingsfüßen geht hervor, daß zwischen dem Fuße des Neugeborenen und dem des Erwachsenen kein architektonischer Unterschied, wenigstens was den Knochenbau anlangt, besteht. Auch die spätere Fußentwicklung des Kindes, sowie die Belastungsdeformitäten des Lokomotionsbeginnes werden erörtert.

Zum Schlusse stellt Vortr. die Existenz des Pes planus (nach der Definition von Lorenz) in Abrede und fordert die Versammlung auf, diese unpassende und jeden anatomischen Hintergrundes entbehrende Nomenklatur als veraltet in Publikationen und Lehrbüchern fallen zu lassen, da sie nur geeignet ist, Unklarheit in die Umgrenzung der einzelnen Fußdeformitäten zu bringen. (Die ausführliche Arbeit erscheint teils im Jahrbuch für Kinderheilkunde, teils in der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie.) (Selbstbericht.)

Hoeftmann (Königsberg) stellt Fälle von spinaler Kinderlähmung mit Handgang vor. Gemeinsames Symptom dieser Fälle ist Flexion im Hüftgelenk und starke Lordose. **Drehmann** (Breslau).

Helbing (Berlin) spricht auf Grund von 13 einschlägigen Fällen über den Zusammenhang von Skoliose und Halsrippen. Ungefähr 2% aller Skoliosen verdanken ihre Entstehung dem Vorhandensein von Halsrippen. In allen Fällen handelte es sich um Rippenrudimente, die mit einer Spitze frei endigen und nur um weniges die Querfortsätze des 7. Halswirbels überragen. Klinisch ist die Halsrippenskoliose charakterisiert durch ihren hohen Sitz, ihre Starrheit und durch Stellungsanomalie des Kopfes, welche an einen Torticollis erinnert.

H. stellt auf Grund eines operativ in Angriff genommenen Falles, bei welchem die konvexseitige Halsrippe von ihm exstirpiert wurde, die Theorie auf, daß es sich bei diesen Halsrippenskoliosen, bei welchen die Kürze der Halsrippen kein direktes mechanisches Bewegungshindernis der Halswirbelsäule abgeben kann, um eine reflektorische Skoliose handelt, analog der bei Ischias auftretenden. (Selbstbericht.)

Helbing (Berlin) stellt dann unter Demonstration von Photographien und Röntgenbildern einen Knaben von $1^1/_2$ Jahren vor, der bei der Geburt einen totalen Tibiadefekt, verbunden mit Polydaktylie, aufwies.

Die zum Gehen vollkommen unbrauchbare Extremität wurde durch folgende Operationen in ein tragfähiges, gerades, nur verkürztes Bein verwandelt.

Die zwei überschüssigen Metatarsi wurden mit den sie deckenden Weichteilen in die Innenfläche des Unterschenkels implantiert, wodurch die Varusstellung des Fußes beseitigt wurde und die Metatarsi gewissermaßen die Rolle des fehlenden Malleolus int. übernahmen. In einer zweiten Sitzung wurde eine Arthrodese im Knie ausgeführt und endlich durch zweifache Osteotomie der verkrümmten Fibula auch der Unterschenkel gerade gestellt. (Selbstbericht.)

Reiner (Wien) berichtet über eine Methode zur Korrektur des X-Beines bei Kindern. Sie besteht im Wesen aus einer Epiphysentrennung, welche durch eine subkutane Voroperation ermöglicht wird. Diese Voroperation bezweckt die Beseitigung des vom Periost der Epiphyseolyse entgegengesetzten Widerstandes und besteht demnach in der subkutanen Durchschneidung des Periosts knapp oberhalb der Epiphysenfuge. Sie wird vermittels eines tenotomartigen Instrumentes vorgenommen und als Periosteotomie bezeichnet. (Selbstbericht.)

Bender (Leipzig) demonstriert die von Kölliker benutzten Gipsdrahtschienen.

Müller (Stuttgart) demonstriert Präparate, welche die Heilungsvorgänge bei der unblutigen Einrenkung der angeborenen Hüftluxation zeigen. Der Vortrag ist bereits in der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie veröffentlicht.

Drehmann (Breslau).

Wullstein (Halle). Demonstration einer neuen Schiene für die untere Extremität, speziell bei kongenitaler Hüftgelenksluxation.

W. demonstriert eine Schiene für die untere Extremität, durch die im Hüftgelenk eine beliebig dosierbare Abduktion, Außen- resp. Innenrotation und Extension ausgeführt werden kann, ohne daß dem Gelenk beim Gebrauch oder beim Gehen die funktionelle Belastung genommen wird.

W. selbst hat bisher die Schiene zur Nachbehandlung bei der kongenitalen Hüftgelenksluxation mit Erfolg angewandt, und zwar in Fällen, in denen nach der Einrenkung und nach der Behandlung mit Gipsverbänden der bekannte Hochstand des Kopfes unter der Spina inferior vorhanden war.

Mit einem Beckengurt ist durch ein die Abduktion gestattendes Scharniergelenk eine Hülse, welche ungefähr die obere Hälfte des Oberschenkels umgibt und einen gut ausgearbeiteten Sitzring hat, verbunden. Der Fuß und Unterschenkel und mit dem Unterschenkel zugleich der Kondylenteil des Oberschenkels stecken in einem den Konturen vorzüglich anmodellierten Schienenhülsenapparat. Durch zwei der Oberschenkelhülse aufgearbeitete und aufeinander liegende Metallscheiben, die sich gegeneinander verschieben und durch Schrauben fixieren lassen, wird die dosierbare Innen- resp. Außenrotation bewirkt. In der Mitte der hinteren Hälfte der Schiene ist ein Verbindungsstück angebracht, welches nach dem Oberschenkelteil zu eine Hülse bildet, in der eine Spiralfeder liegt. Diese Hülse läuft nach unten in einen Trieb aus, durch den die in der Hülse befindliche Spiralfeder beliebig komprimiert und gespannt werden kann. Durch diese beliebige Anspannung der Spiralfeder wird eine dosierbare Extension im Hüftgelenk herbeigeführt und andererseits von dem Pat., um das Tuber ischii von dem hierbei auftretenden Druck des Sitzringes zu erleichtern, eine Abduktionsbewegung ausgeführt.

Da die Extensionskraft durch eine Spiralfeder bewirkt wird, so ist sie variabel, und zwar je nach dem, ob sie bei erhobenem Bein zu voller Kraftentwicklung kommt, oder ob beim Gehen bei belastetem Bein ein Teil der Extensionskraft der Spiralfeder durch die Körperlast kompensiert wird. In einfachster Weise läßt sich durch die Schraube und durch den Trieb die Extensionskraft so regulieren, daß bei erhobenem Bein resp. bei Rückenlage der Gelenkkopf nach dem unteren Rande der Pfanne gezogen wird, während bei der funktionellen Belastung der Kopf, um weniges in der Pfanne nach oben verschoben, nun einen modellierenden Druck und eine modellierende Reibung in der Mitte der Pfanne ausübt.

Die Wirkung der Schiene wird durch eine Serie von Röntgenbildern aufs beste illustriert.

Die Schiene ist natürlich auch bei anderen Hüftgelenkserkrankungen als den eben angeführten verwendbar. So kann z. B. bei Koxitis die neben der Extension nicht erwünschte funktionelle Belastung durch Weglassung der Spiralfeder aufs leichteste ausgeschaltet werden. Bei Schenkelhalsfrakturen aber würde man vielleicht am besten in den ersten beiden Wochen die dosierbare Extension einwirken

lassen, während man von der dritten Woche ab, wo der Schmerz geschwunden resp. herabgesetzt ist, zur Anregung der Knochenneubildung eine geringe dosierbare funktionelle Belastung zulassen könnte. (Selbstbericht.)

Heusner (Barmen) demonstriert eine Rotationsschiene für denselben Zweck und einen modifizierten Osteoklasten, welcher eine exakte Beckenfixation ermöglicht.

Schulze (Duisburg) demonstriert ein Lagerungsbrett zur Behandlung der angeborenen Hüftluxation. S. legt nach der Einrenkung auf 14 Tage einen Gipsverband an, welcher dann mit dem Lagerungsbrett vertauscht wird.

Hirsch (Berlin). Vorstellung eines Falles von Hochstand beider Schulterblätter.

Heusner (Barmen). Demonstration von Schienen zur Nachbehandlung des Klumpfußes. Drehmann (Breslau).

Grätzer (Görlitz) vertritt auf Grund des bisherigen Ergebnisses der röntgographischen Wirbelsäulenuntersuchungen Lyden's die Ansicht, daß die tabische Osteoarthropathie der Wirbelsäule ein weit häufiger vorkommendes Leiden darstelle, als bisher angenommen. Es selbst hat einen Fall von tabischer Osteoarthropathie der Wirbelsäule beobachtet (Demonstration des Röntgenbildes), in dem es bei gleichzeitiger Osteophytenbildung zur Fraktur im Bereich des 3. und 4. Lendenwirbels, sowie zur Subluxation der genannten Wirbel gegen den 2. und 5. und zur seitlichen Luxation des 2. Lendenwirbels gegen den 1. gekommen war. (Selbstbericht.)

Blumenthal (Berlin) demonstriert einen Knaben mit hereditär angeborener Supinationsstörung beider Ellbogengelenke. Der Radius ist verbogen, verlängert und mit der Ulna verwachsen. Links sind die Symptome weniger ausgeprägt. Drehmann (Breslau).

Borchard (Posen). Die Verbiegungen der Wirbelsäule bei der Syringomyelie.

Dieselben sind häufiger als bisher angenommen wird, wenn man die einzelnen Fälle weiter verfolgt. Sie sind nichts weiter als der Ausdruck von Veränderungen am Knochensystem, die wir auch sonst bei Syringomyelie nicht selten finden. Infolgedessen wird die Verbiegung der Wirbelsäule am meisten gleichzeitig mit syringomyelitischen Knochen- und Gelenkaffektionen beobachtet. Unter 18 derartigen Fällen sah Vortr. 17mal eine begleitende, auf Syringomyelie zu beziehende Verbiegung. Diese sind bedingt durch gewisse trophische Störungen, die den Wirbelkörper in seiner Gesamtheit ergriffen haben. Der Prozeß beginnt nicht gleichzeitig an allen, sondern an einzelnen Wirbeln, und zwar am häufigsten den unteren Hals- und oberen Brustwirbeln. Von hier aus greift er dann weiter oder kann in jeder Phase der Entwicklung Halt machen. Die Form der Verbiegung kann sich im Verlaufe der Erkrankung wesentlich ändern, sie wird bedingt, abgesehen von anderen statischen Momenten, durch den Einfluß der oberen Extremitäten, den dieselben in ungleicher Weise entweder durch die gestörte Funktionsfähigkeit oder die veränderte Belastung ausüben. Eine reine Skoliose ist selten, fast immer besteht eine gleichzeitige Kyphose, aber fast immer ist auch eine Torsion vorhanden, die sich ausdrückt in der veränderten Stellung, besonders des oberen Teiles des Schulterblattes. Von einer Erkrankung der Rückenmuskulatur oder des Rückenmarkes sind die Verbiegungen weder nach ihrem Sitz noch nach ihrer Gestalt abhängig. (Vortrag erscheint in den Grenzgebieten für Medizin und Chirurgie.) (Selbstbericht.)

Brodnitz (Frankfurt a. M.). Die Kümmell'sche Wirbelerkrankung.

B. tritt für das Krankheitsbild, das Kümmell im Jahre 1891 charakterisiert hat, ein auf Grund eines Falles, über den er berichtet. Es handelte sich um einen 45jährigen Mann, der 3 m hoch flach auf den Rücken gefallen war. Bei seiner Aufnahme im Krankenhause wurden durch das Röntgenbild normale Verhältnisse der Wirbelsäule konstatiert. Der gleiche Befund wurde 8 Wochen später, kurz

vor seiner Entlassung, aufgenommen. 4 Monate nach dem Unfall objektiv nachweisbarer deutlicher schmerzhafter Gibbus des 1. und 2. Lendenwirbels; das Röntgenbild zeigt schwere Knochenveränderungen. Der 1. Lendenwirbel geht direkt in den zweiten über, welcher an Höhe und Breite um etwa die Hälfte eingeschmolzen ist; der Zwischenknorpel ist geschwunden. Da die Röntgenaufnahme gleich nach der Verletzung, wie 8 Wochen später am Wirbel nichts Pathologisches konstatierte, so ist die Annahme einer Kompressionsfraktur oder Fissur, welche durch eine zu frühe Belastung des Callus eine Erweichung und Einschmelzung desselben herbeiführte, auszuschließen. Es handelt sich um eine reine, traumatische Wirbelerkrankung im Sinne Kümmell's. (Selbstbericht.)

Bade (Hannover) demonstriert ein Skoliosenkorsett mit aufblähbarer Gummipelotte. **Drehmann** (Breslau).

---

15) E. Payr. Über ein Instrument zur bequemen Führung der Giglischen Drahtsäge.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 181.)

Eine Uhrfeder mit einem Knopfe versehen, der zur Aufnahme der Öse einer Drahtsäge geeignet ist, läßt sich aus einem Handgriffe bequem hervorschieben, ähnlich wie bei einem Belloque'schen Röhrchen. Doch ist auch noch eine Deckhülse bezw. Führungsstab für die Feder angebracht, welche mit dieser gleichzeitig vorgeschoben werden kann, so daß sie gesteift und widerstandsfähig wird. Führungsstab und Feder sind in beliebiger Lage festschraubbar. Das Instrument hat sich für die mannigfachsten Aufgaben bewährt. Vgl. 3 Abbildungen desselben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

16) H. Maass. Bericht über die chirurgischen und orthopädischen Erkrankungen in den Jahren 1896—1902. (Aus der Kinderpoliklinik von Privatdozent Dr. H. Neumann in Berlin.)

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 538.)

Der Bericht erstreckt sich auf das stattliche Material von 7247 Kindern und interessiert sowohl durch die Zahlenverhältnisse, die den verschiedenen Krankheitsformen zufallen, als durch die allgemein wissenschaftlichen und namentlich die praktisch-therapeutischen Bemerkungen, welche M. einflicht. Von eingehenderem Referate wird Abstand genommen, doch auf einige Punkte, die dem Ref. erwähnenswert schienen, hingewiesen. Für das Kephalhämatom der Neugeborenen wird frühzeitige Aspiration mit nachfolgendem Druckverbande empfohlen. Das Vorkommen angeborener Phimose erscheint zweifelhaft, und ist die fehlende Rückstreifbarkeit der Vorhaut meist durch Epithelverklebung zwischen dieser und der Eichel bedingt. Eine Phimosenoperation ist daher faktisch viel seltener nötig, als sie in der Praxis ausgeübt zu werden pflegt. Zu ihrer Ausführung ist aus kosmetischen Gründen die Zirkumzision der Dorsalinzision vorzuziehen. Bei multipler Osteomyelitis schien Ugt. Credé von guter Wirkung. Spondylitische Eitersenkungen gingen unter mechanischer Behandlung häufig spontan zurück, Punktion und Jodoforminjektion wurde nur bei praller Füllung und drohendem Durchbruch gemacht. Sehr interessieren die Daten über Hernien. Für Nabelbrüche braucht M. talergroße Zelluloidplatten, die durch Pflaster fixiert werden, während der ganze Leib durch breite Nabelbinden gleichmäßig umwickelt wird. Von 388 Leistenbrüchen kommen knapp 10% (35) auf das weibliche Geschlecht, und sind von letzteren fast die Hälfte (15) angeborene Ovarialhernien. 5 Leistenbrüche wurden wegen Einklemmung operiert, 65 wurden mit tadellosem Erfolge der Radikaloperation unterzogen. Auch der Operation von 2 irreponiblen Ovarialhernien sei noch gedacht. Die eine derselben zeigte Stieldrehung nebst hämorrhagischem Infarkt und erforderte eine Resektion. Bei gestörtem Deszensus der Hoden (24 Fälle) wurde stets exspektativ verfahren.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).



17) **Schmid** (Brackenheim). **Aus der chirurgischen Praxis.**

(Med. Korrespondenzblatt des württembergischen ärztl. Landesvereins Bd. LXXIII. Nr. 12—13.)

Mitteilung mehrerer Fälle:

1) Echinokokkus der Niere: 31jährige Frau mit stark faustgroßer, derber und glatter, etwas beweglicher Geschwulst unter dem linken Rippenbogen, die ein Jahr später rasch an Größe zunahm. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Hydronephrose. Bei der Operation fand sich der untere Teil der Niere normal, während vom oberen Pol eine Echinokokkusblase ausging. Inzision und teilweise Resektion des Balgs und Vernähung der Balgwand teils mit dem Bauchfell, teils mit der Fascie, Drainage, Heilung.

2) Resektion eines faustgroßen, umschriebenen, obturierenden Dünndarmkarzinoms bei einem 16jährigen Mädchen (mikroskopisch Scirrhus). Heilung.

3) Herniotomie wegen Einklemmung eines bereits jahrelang bestehenden Leistenbruchs. Der gut aussehende Darm konnte trotz starker Erweiterung der Bruchpforte nicht reponiert werden, weil das zugehörige Mesenterium kolossal verdickt (infarziert) war. Daher Darmresektion mit keilförmiger Entfernung des verdickten Mesenteriums. Heilung. **Mohr** (Bielefeld).

18) **C. Müller.** **Über ungewöhnliche Verletzungsfolgen.**

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 2.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von Verletzungen, bei denen äußerlich keine Spur zu erkennen, anamnestisch nichts zu eruieren war, und der wahre Tatbestand erst durch die Operation festgestellt wurde.

Der erste Fall betrifft einen Drechsler, der sich eine Hydrokele operieren ließ. Als die Tunica vaginalis propria entfernt werden sollte, wurde ein etwa 2 cm langer, 1/2 mm breiter Buchenholzsplitter in dem stark geschwollenen Hoden entdeckt, der vor langer Zeit beim Drechseln in den Hodensack geraten war.

Im anderen Falle handelte es sich um einen Arbeiter eines Holzgeschäftes, dem beim Zerkleinern ein Holzscheit gegen das Kniegelenk geflogen war. Obwohl er anfangs Schmerzen empfand, beachtete er die geringfügige Verletzung nicht und arbeitete weiter, bis ihn eine zunehmende Schwellung zwang, sich ins Bett zu legen. Als dann trotz breiter Inzisionen die Temperatur nur einige Tage sich auf normaler Höhe hielt, mußte schließlich zur Resektion des Gelenkes geschritten werden. Das Gelenk war mit schwammigen Granulationen und wenig Eiter erfüllt, der Knorpelüberzug war abgehoben, und in der Furche zwischen den Oberschenkelkondylen wurde mitten in Granulationen ein ca. 2 1/2 cm langer, 1/2 cm breiter Kiefernholzsplitter entdeckt. Nach der Operation besann sich der Verletzte auf das stattgefundene Trauma, auf das er vorher gar keinen Wert gelegt hatte.

Im Anschluß an die letzte Verletzung erwähne ich einen weiteren Fall aus eigener Erfahrung, der ganz das Bild einer tuberkulösen Erkrankung bot. Man hatte den Eindruck, als ob man im Kniegelenke neben dem minimalen Ergusse eine schwammige Kapselschwellung durchfühlte, eine Wunde konnte nicht konstatiert werden. Wie erstaunt aber war man, als man als den Urheber der vermeintlichen tuberkulösen Entzündung in dem oberen Recessus einen Dorn fand, der bei einem Sturze in ein Loch in das Gelenk hineingeraten war.

Hartmann (Kassel).

19) **L. Römheld.** **Differentialdiagnose der Neurasthenie usw., multiple Sklerose nach Trauma.**

(Med. Korrespondenzblatt des württembergischen ärztlichen Landesvereins Bd. LXXIII. Nr. 12.)

Verf. berichtet u. a. über einen 25jährigen Pat., bei welchem sich nach einem heftigen Stoß in den Rücken im Laufe einiger Monate die Erscheinungen einer spastischen Spinalparalyse entwickelten. Zwei Jahre später zeigten sich außerdem

Symptome auch an den oberen Extremitäten, die an multiple Sklerose erinnerten. Es schienen also von dem Orte an, wo das Trauma die Wirbelsäule traf, absteigende und aufsteigende sklerotische Prozesse die Pyramidenbahnen befallen zu haben. **Mohr** (Bielefeld).

20) **A. Harisson** und **K. Wills.** Remarks on the light-treatment of lupus and rodent ulcer.

(Bristol medico-chir. journ. 1903. März.)

Verff. berichten, zum Teil unter Mitteilung der Krankengeschichten, über die Erfolge der Finsenlicht- und Röntgenstrahlenbehandlung im Bristoler allgemeinen Krankenhause. Von 42 Lupusfällen wurden 5 gänzlich, 4 an einzelnen Stellen geheilt, 26 gebessert (noch in Behandlung). Von 3 Fällen von Lupus erythemaosus wurden 2 gebessert. 12 mit Röntgenstrahlen behandelte Pat. mit Ulcus rodens zeigten meist bedeutende Besserungen. Mehrfach wurde Akne vulgaris durch Röntgenbestrahlung und gleichzeitiges Ausdrücken der Knötchen geheilt, ebenso wurden mehrere Fälle von Paget's disease sehr günstig beeinflußt.

Mohr (Bielefeld).

21) **Senn.** The therapeutical value of the Röntgen ray in the treatment of pseudoleucaemia.

(New York med. journ. 1903. April 18.)

Verf. schilderte zwei interessante, ganz gleichartige Fälle von Lymphoma malignum, bei denen unter Anwendung von Röntgenstrahlen die starken und sehr heftige Beschwerden machenden Drüsenpackete abschwollen und die Pat. vollständig geheilt wurden.

Der erste Fall betraf einen 34jährigen Farmer, der seit einem Jahre an Nacken-, Hals-, Achsel- und Leistendrüsen bedeutende Schwellungen aufwies; auch hatte er beschleunigte Respiration infolge Vergrößerung der mediastinalen Drüsen. Blutuntersuchung erwies Anämie, aber normale Blutkörperchen. Innerliche Therapie war erfolglos. Pat. erhielt im ganzen 34 Röntgenstrahlenapplikationen. Nach 14 Tagen stellte sich heftiges Jucken, aber auch schon deutliche Abschwellung ein, nach weiteren 14 Tagen waren die sehr beträchtlichen Schwellungen der Achsel- und Leistendrüsen verschwunden, gleichzeitig sezernierten die Brustwarzen eine eiterähnliche Flüssigkeit, die Haut über der Brust ging in Fetzen ab, die Haare gingen aus. Da das Allgemeinbefinden nicht günstig war, wurde 14 Tage die Behandlung ausgesetzt und Pat. nach Hause geschickt; schon nach 14 Tagen fühlte er sich bedeutend wohler. Nach $^1/_4$ Jahre wurde er noch zehn Sitzungen unterworfen und ist seither völlig geheilt. Die Haare wuchsen wieder, die Dermatistis war verschwunden.

Der zweite Fall betraf einen 53jährigen Kaufmann, der seit zehn Jahren eine langsam zunehmende Schwellung der Drüsen bemerkte und auch beträchtliche Drüsengeschwülste hatte. Analog wie bei dem ersten Pat. trat nach den ersten 14 Tagen Dermatitis, Haarausfall und subjektives Unbehagen ein, aber nach Aussetzen und Wiederaufnahme des Verfahrens völlige Heilung.

Die sehr merkwürdigen Störungen im Verlauf der Behandlung führt S. auf eine Toxämie zurück, hervorgerufen durch Absorption der Degenerationsprodukte der pseudoleukämischen Prozesse. **Scheuer** (Berlin).

22) **Hammond.** On the possibility of operative relief of certains forms of facial paralysis.

(Annals of surgery 1903. Nr. 5.)

Eine Erkrankung des Gesichtsnerven innerhalb des Fallopi'schen Kanales bedingt völlige Lähmung einer Gesichtshälfte, Schlund- und Gaumenlähmung; hemiplegische Erscheinungen fehlen. Bei mehr zentraler Läsion zwischen dem Kern in der Brücke und der inneren Gehörgangsöffnung sollen nach H. die Muskeln

der Augenlider von der Lähmung infolge des Bestehens einer Nervenkreuzung an der Ursprungsstelle des N. facialis verschont bleiben, während hemiplegische Erscheinungen vorhanden sind. In einem Falle, wo infolge langdauernder Ohrenaffektion Karies in der Umgebung des Antrums, partielle Erweichung des Felsenbeins und Lähmung des betreffenden Gesichtsnerven entstanden war, wurde von H. diese Lähmung durch operative Ausschabung der kariösen Knochenteile mit nachfolgender Tamponade völlig beseitigt. **Herhold** (Altona).

23) Cushing. The surgical treatment of facial paralysis by nerve anastomosis.

(Annals of surgery 1903. Nr. 5.)

Ein junger Mann von 30 Jahren erhielt einen Schädelschuß (Revolver) hinter das rechte Ohr; die Folge war eine völlige Facialislähmung durch Zerstörung des Nerven im Fallopi'schen Kanal zwischen Proc. styloideus und Ganglion geniculatum. C. legte durch einen Schnitt am vorderen Rande des Kopfnickers den N. accessorius und durch einen zweiten Schnitt am hinteren Rande der Ohrspeicheldrüse den N. facialis frei. Nach Durchtrennung beider Nerven vereinigte er das zentrale Ende des Accessorius mit dem peripheren des Facialis. Hierdurch wurde die rechtsseitige Facialislähmung völlig beseitigt; allerdings verliefen bis zur völligen Ausgleichung der Lähmung 287 Tage. Pat. hatte sich nach Heilung der Operationswunde selbst täglich galvanisiert. Es blieb eine lähmungsartige Schwäche im rechten M. trapezius und rechten Kopfnicker zurück. Auch traten stets Mitbewegungen ein, indem beim Erheben des Armes oder bei Schulterhebungen Zuckungen im rechten Facialisgebiete sichtbar wurden. C. gibt zu, daß es im vorliegenden Falle richtiger gewesen wäre, den Accessorius nicht zu durchschneiden, sondern nur ein Nervenbündel abzuspalten und durch Anastomose mit dem peripheren Facialis zu vereinigen. Von dieser Methode hatte er jedoch zur Zeit seiner Operation keine Kenntnis. Verf. weist darauf hin, daß zum Gelingen der Operation peinlichste Asepsis und feine, nicht mit der Umgebung zu stark verwachsene Narben nötig seien. Die Operation soll so früh als möglich ausgeführt werden. **Herhold** (Altona).

24) Körte. Ein Fall von Nervenpfropfung: des Nervus facialis auf den Nervus hypoglossus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 17.)

Bei einer 38jährigen Pat. wurde wegen Knocheneiterung im linken Fersenbein der Facialis am Foramen stylomastoideum durchtrennt und das distale Nervenende seitlich an den Nervus hypoglossus angeheftet. Ein halbes Jahr lang bestand totale Facialis- und Hypoglossuslähmung, dann erst traten zum erstenmal Spuren aktiver Beweglichkeit auf. Nach 11 Monaten ist eine erhebliche Besserung eingetreten, so daß Willensimpulse vermittels des Nervus hypoglossus auf die Gesichtsmuskeln weiter geleitet werden. Es treten bei der Kranken jetzt noch Mitbewegungen in der Zunge bei willkürlicher Gesichtsmuskelkontraktion und umgekehrt auf. **Borchard** (Posen).

25) E. Terrile e S. Rolando. La simpatectomia nella cura della epilessia essenziale.

(Clinica medica 1903. Nr. 1.)

Auf Grund zweier Fälle von essentieller Epilepsie, welche von dem Verf. mit doppelseitiger Entfernung des Halssympathicus behandelt wurden, sowie gestützt auf das Studium der Literatur halten T. und R. die gedachte Operation weder für ein theoretisch begründetes, noch praktisch bewährtes Heilverfahren bei der Epilepsie. **A. Most** (Breslau).

26) **Blau.** Beitrag zur Kasuistik der Retropharyngealabszesse nach akuter Mittelohreiterung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 14.)

Ein einjähriges Kind erkrankte im Anschluß an eine Mittelohreiterung an einem Retropharyngealabszeß, der nach Inzision ebenso wie die Mittelohreiterung ausheilte. Verf. nimmt an, daß die Tube selbst, das peritubale Gewebe, der Semicanalis tensor. tymp. die Leitbahn zum retropharyngealen Gewebe abgegeben haben.

Borchard (Posen).

27) **Spiller, Musser and Martin.** A case of intradural spinal cyst, with operation and recovery.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1903. März.)

Die 26jährige Frau spürte zunächst Schmerzen in der linken Seite des Kreuzbeins, welche einige Wochen später in das linke Bein ausstrahlten. Ein Jahr später Schmerzen im Lendenteil der Wirbelsäule und Verstärkung der Reflexe an den unteren Extremitäten. Im weiteren Verlauf Zunahme der Schmerzen, Taubheitsgefühl im linken Fuß, chronische Verstopfung, schließlich auch Schmerzen im rechten Bein, motorische Schwäche des linken Beines mit Herabsetzung der Reflexe, später Paralyse rechterseits. Ca. 3 Jahre nach Beginn der Erkrankung Laminektomie im Bereich des 1.—3. Lumbalwirbels; nach Spaltung der Dura fand man eine $2^1/_2$ cm lange, dünnwandige Zyste mit klarem Inhalt. Entleerung desselben und reichlicher Cerebrospinalflüssigkeit, vollkommener Verschluß der Dura und der äußeren Wunde durch exakte Naht. Nach der Operation zunächst Steigerung, dann Nachlassen der Schmerzen, eben so im Laufe einiger Monate Verminderung der motorischen Schwäche und Anästhesie, schließlich fast völlige Heilung.

Verf. berichtet sodann über mehrere andere Fälle von Markgeschwülsten, die nicht zur Operation kamen. Nur 3 von 11 Fällen waren für eine Operation geeignet. 2 Fälle verliefen ohne klinische Erscheinungen einer Geschwulst. 2mal handelte es sich um Geschwülste der Wirbel, 4mal um intradurale, jedoch extramedulläre Geschwülste, darunter 2 in der Gegend der Medulla oblongata, 2 Fälle waren intramedulläre Geschwülste der Brustgegend. **Mohr** (Bielefeld).

28) **J. Israel.** Rückenmarkslähmung durch ein Chondrosarkom des sechsten Brustwirbelkörpers. Operative Heilung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 22.)

I. teilt die Krankengeschichte einer 39jährigen Frau mit, die seit $1^1/_2$ Jahren Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend hatte, und bei welcher sich neun Monate später Schwächegefühl im rechten, einige Wochen später auch im linken Bein einstellte. Drei Monate nach Beginn der ersten motorischen Störung vollkommene Parese beider Beine und Erschwerung der Harnentleerung. Wegen der zeitlichen Aufeinanderfolge der Erscheinungen und des Fehlens degenerativer Muskelatrophie konnte eine Myelitis ausgeschlossen werden, auch sprach die zeitliche Reihenfolge der drei Krankheitsperioden gegen eine Geschwulst des Rückenmarks, dagegen für eine von rechts her auf das Rückenmark wirkende Kompression durch einen extramedullären Krankheitsprozeß.

Nach Befund und Erscheinungen war die Wahrscheinlichkeit der Freilegung der Geschwulst am größten, wenn man den sechsten und siebenten Wirbelbogen entfernte. Operation am 11. August 1902: Ein Längsschnitt legte den sechsten, siebenten und achten Dornfortsatz frei. Nach Entfernung des sechsten Wirbelbogens stieß man auf die Geschwulst, welche sich von der unteren bis zur oberen Grenze der rechten Hälfte des sechsten Brustwirbelkörpers in 3 cm Länge nach oben als eine knollige elastische Masse erstreckte. Die sehr brüchige Geschwulst konnte nur mittels des scharfen Löffels entfernt werden; dabei wurde die rechte Pleurahöhle eröffnet, die Öffnung tamponiert. Heilung etc. Pleuratampon nach acht Tagen entfernt.

Der Erfolg der Operation äußerte sich in einer von den Zehen aufwärts schreitenden Rückkehr der Motilität und Sensibilität. 95 Tage nach der Operation konnten die ersten Gehübungen gemacht werden.

Die Geschwulst, welche die Größe und Form einer Dattel hatte, erwies sich mikroskopisch als ein Chondrosarkom. Acht Monate nach der Operation zeigt die Pat. noch ein vorzügliches Befinden; sichere Anhaltspunkte für ein Rezidiv, welches bei dem bösartigen Charakter der Geschwulst und wegen der Unmöglichkeit der Entfernung eines ganzen Wirbelkörpers zu fürchten ist, sind noch nicht vorhanden. **Langemak** (Rostock).

29) **P. Fredet** et **M. Chevassu.** Note sur deux cas de kystes mucoides du cou à épithelium cilié dérivés des restes du tractus thyreoglosse.

(Revue de chir. Bd. XXIII. Nr. 2.)

Der genannte Kanal, der etwa in der 5. Woche an Embryonen beobachtet wird, jedoch später verödet, kann sowohl zur Entstehung von zystischen Bildungen, als zur Entwicklung von Thyreoidea aberrans und dem Bestehenbleiben von Fistelgängen Veranlassung geben. Die Zysten, welche, meist median gelegen, Fortsätze unter den Körper des Zungenbeins senden, sind durch schleimigen Inhalt und Auskleidung mit Flimmerepithel ausgezeichnet. In dem einen Falle der Verff. war gleichzeitig Schilddrüsengewebe im Verlauf des hoch unter das Corp. hyoid. hinaufreichenden Stieles mikroskopisch nachzuweisen.

Im ersten Falle war durch mehrfaches Inzidieren der stets sich neubildenden Geschwulst, die vorübergehend auch als Fistel sezernierte, die eigentliche Zystenwand vereitert, des Flimmerepithels verlustig gegangen; es fand sich dieses nur in der Fortsetzung nach aufwärts. Gleichzeitig beweist auch die Krankengeschichte, wie eine so irrationelle Behandlung auf Grund falscher Diagnose die Träger solcher Gebilde hochgradig verstimmen kann. Die Exzision des ganzen Ganges als einzig gebotenes Verfahren brachte nach 27jährigem zwecklosem Hinziehen die prompte Heilung. **Christel** (Metz).

30) **W. Prjanischnikow.** Aneurysma spurium der Art. carotis communis.

(Chirurgie 1903. März. [Russisch.])

Die 22 Jahre alte Pat. litt bis zu ihrem 10. Jahre an Tuberkulose der Halslymphdrüsen. Vor 2 Jahren bemerkte sie an derselben rechten Seite eine taubeneigroße Geschwulst, die jetzt Gänseeigröße erreicht hat. Alle Symptome eines Aneurysma. Freilegung der Carotis nach unten von der Geschwulst, doppelte Unterbindung und Durchtrennung zwischen den Fadenschlingen. Bei der Operation fand P. in der unmittelbaren Nähe der Carotis ein scharfkantiges Kalkkonkrement von etwa 1 cm Durchmesser, das wahrscheinlich durch Druck auf die Gefäßwand zu Decubitus derselben und zur Bildung des Aneurysma geführt hatte. — Der Sack konnte nicht exzidiert werden. — Nach einer Stunde entstand infolge Abgleitens einer Ligatur von der Carotis eine starke Blutung. Neue Ligatur. Bedeutende Anämie. Im weiteren Verlauf, wohl infolge der Anämie, Komplikation von Seiten des Hirns; Schwindel, Kopfschmerzen, Parese des linken N. facialis und Oculomotorius, hartnäckiger Singultus. Letzterer stand nach 2 Wochen nach zufälliger Anwendung eines zu starken elektrischen Stromes am N. phrenicus. $2^1/_2$ Wochen nach der Operation Geschwulst halb so groß, hart. Paresen gegeschwunden. **B. Gückel** (Kondal, Saratow).

31) **J. Werner.** Über extrakranielle Aneurysmen der Carotis interna.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 591.)

Ein Fall aus der Kieler chirurgischen Klinik, im Anschluß an welchen die Kasuistik gesammelt und die Krankheit einer Allgemeinbesprechung unterzogen



ist. 58jährige Frau, welche seit 8 Monaten eine Schwellung der rechten hinteren Rachengegend ohne besondere Beschwerden merkte. Die hier vorhandene Geschwulst ist rundlich, drängt die Gaumenbögen medianwärts und ist auch von außen tastbar. Konsistenz hart, keine Empfindlichkeit, Probepunktion negativ. Von sonstigen Befunden Atherom der Temporalarterien erwähnenswert. Unter der Annahme eines Fibro- oder Lymphosarkoms wird die Operation unternommen, die Schleimhautdecke der Geschwulst vom Munde her gespalten und mit der Ausschälung begonnen, wobei die Geschwulst einreißt und profus arteriell zu bluten beginnt. Sofort kräftige Tamponade, dann untere Tracheotomie mit Einlegung einer Preßschwammkanüle. Dann Schnitt vom Mundwinkel über den Unterkiefer nach unten bis an die Mitte des Sternocleido. Durchsägung des Unterkiefers, Spaltung des Mundbodens und Wundvertiefung bis zur Bloßlegung der großen Gefäßstämme. Blutunterlaufung der Gewebe erschwert die Orientierung. Unterbindung der Carotis communis peripher vom Abgang der Thyreoidea sup. Die Blutung steht. Nunmehr Radikaloperation des jetzt als solches erkannten walnußgroßen Aneurysmas der Carotis int., die ober- und unterhalb unterbunden wird. Wundversorgung mit Schleimhaut-, Knochen- und Hautnaht. Die Heilung erfolgte im ganzen glatt, doch zeigte eine zurückbleibende Hypoglossuslähmung, daß dieser Nerv bei der Operation verletzt war. Das Aneurysma war mit dicken Thromben erfüllt.

W. stellt aus der Literatur 11 Parallelfälle zusammen. Daß 6mal die Diagnose nicht gestellt wurde, zeigt die Schwierigkeit derselben, deren Verfehlung bei Vornahme von Inzisionen ohne Assistenz die verhängnisvollsten Folgen haben kann und tatsächlich gehabt hat. Es kommen wahre und falsche, spontane und traumatische Aneurysmen vor. Eine bevorzugte Sitzstelle derselben ist der schon normalerweise etwas weitere Anfangsteil der Arterie peripher von der Teilungsstelle der Carotis communis. Symptomatisch wird namentlich auf Auskultation bezw. das dabei zu erwartende Geräusch zu achten sein. Therapeutisch kommen fast ausschließlich Arterienunterbindungen in Frage. Ist die Carotis int. nicht zu fassen, z. B. wegen zu tiefen Sitzes des Aneurysmas, und muß die Communis unterbunden werden, so ist Nachblutung durch Kollateralkreislauf nicht ausgeschlossen und kann Hinzufügung der Ligatur der Carotis ext. und der Thyreoidea in Frage kommen, bei dringlicher Lebensgefahr übrigens eine genaue Orientierung bezw. Unterscheidung der Arterien unmöglich sein. — Ein Literaturverzeichnis von 24 Nummern ist der Arbeit beigefügt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

32) **S. F. Tschish.** Wiederholte Naht bei Verwundung der V. jugularis interna.

(Chirurgie 1903. März. [Russisch.])

Bei Exzision tuberkulöser Halsdrüsen wurde die V. jugularis interna 1,5 cm weit angeschnitten. Fortlaufende Naht (4 Stiche), Unterbrechung der Operation. 5 Wochen später Fistel am Halse, von einer der Venennähte unterhalten. Pat. wünscht die Entfernung der übrigen Drüsen. Freilegung der Vene; dieselbe ist überall durchgängig; eine Fadenschlinge im Grunde der Fistel wird entfernt. Bei Lösung der mit der Vene verwachsenen Drüse wird erstere wieder angeschnitten, diesmal 0,75 cm weit, 2 cm unterhalb der früheren Wunde. Naht der Vene, ungeachtet der Eiterung, Tampon in die Hautwunde an dieser Stelle. Glatte Heilung. **B. Gückel** (Kondal, Saratow).

33) **F. Sippel.** Über Intubation bei Larynxstenosen nichtdiphtherischer Natur.

(Med. Korrespondenzblatt des württembergischen ärztlichen Landesvereins 1903. Bd. LXXIII. Nr. 16.)

Verf. berichtet über die in der Olgaheilanstalt in Stuttgart mit der Intubation erzielten Erfolge bei Masernkrupp, Keuchhusten, Laryngospasmus, Laryngitis hypoglottica, bei Verätzung des Kehlkopfes, bei angeborenem Kropf und bei erschwertem

Decanulement. Beim Masernkrupp ergaben Intubation und Tracheotomie annähernd gleiche Resultate; mehrfach wurde die lebensbedrohliche Stenose mittels der Intubation erfolgreich bekämpft. Die beiden Fälle von angeborenem Kropf betrafen Neugeborene, die von Geburt an an Erstickungsanfällen litten; die Intubation beseitigte die Stenoseerscheinungen, jedoch gingen beide Kinder an Bronchitis zugrunde. Die Sektion ergab ringförmige Umschließung und Kompression der Luftröhre durch die vergrößerte Schilddrüse. Als vortreffliches Mittel erwies sich die Intubation gegen die laryngealen und trachealen Stenosen nach Tracheotomie.

Mohr (Bielefeld).

34) **H. Geraud et R. Mignot.** Kyste hydatique costal.

(Revue de chir. XXIII. ann. Nr. 1.)

Die Seltenheit der Lokalisation — Verff. haben nur noch einen, zudem tödlich verlaufenen Fall in der Literatur gefunden — rechtfertigt eine Mitteilung, die auch sonst gut ausgearbeitet ist. Es hatte sich der Echinokokkus wahrscheinlich in der 7. Rippe entwickelt, war beim Bruch derselben geplatzt und hatte in die Umgebung zahlreiche Tochterbläschen ergossen, die von Hirsekorn- bis Nußgröße bis über die 6. Rippe hinauf, bis hinter die 8. hinabgetrieben waren. Zwei größere Blasen hatten sich sanduhrförmig nach außen und innen zu entwickelt. Der Prozeß im Knochen ist einfach eine Drucknekrotisierung, zu welcher sich Osteomyelitis gesellen kann, welche die Prognose natürlich erheblich trübt. Die Seltenheit der Knochenechinokokken erklären Verff. mit dem verhältnismäßig großen Kaliber der Knochenkapillaren (18—22 μ). **Christel** (Metz).

35) **Schley.** Primary tuberculosis of the breast.

(Annals of surgery 1903. Nr. 4. p. 110.)

Verf. schildert einen Fall von primärer Brustdrüsentuberkulose, welchen er durch Amputation der betreffenden Mamma heilte. Mikroskopisch wurde festgestellt, daß sich in der Brustdrüse ein Adenom entwickelt hatte, daß daneben aber in dem umgebenden Bindegewebe Tuberkel mit Riesenzellen und Tuberkelbazillen vorhanden waren. Die Achseldrüsen waren nur ganz wenig vergrößert.

In der Literatur konnte S. nur 65 Fälle sicherer Brustdrüsentuberkulose finden und unter diesen nur zwölf von primärer Brustdrüsentuberkulose. Er gibt eine Übersicht der bis jetzt darüber veröffentlichten Fälle.

Die Infektion kann eintreten von außen durch die Ausführungsgänge der Drüse, durch oberflächliche Wunden, durch die Blut- oder Lymphgefäße, endlich von einer Caries der Rippen oder des Brustbeins. Verf. unterscheidet drei Formen dieser Krankheit: a) die knotige, mehr chronische, b) die konfluierende mehr akute und zu baldiger Fistelbildung führende, c) die bald zu kalten Abszessen führende Form. Diese letztere Form schließt sich meistens an die zweite an. Die Diagnose der Brustdrüsentuberkulose kann im Anfange der Krankheit Schwierigkeiten bereiten. Die Behandlung besteht in möglichst frühzeitiger Amputation der betreffenden Brustdrüse. **Herhold** (Altona).

36) **Druelle et Nicolau.** Gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes chez un homme avec lymphangite et phlegmon de la paroi abdominale.

(Méd. moderne 1903. Nr. 20.)

Ein 47jähriger Mann bemerkte 2 Tage nach einem Koitus am Gliede, das leicht geschwollen, eine oberflächliche, diphtherisch aussehende Ulzeration. Bereits nach 20 Stunden traten unter hohem Fieber und Allgemeinbeschwerden an den verschiedensten, örtlich von einander getrennten Stellen der Haut des Gliedes und des Hodensackes zahlreiche gangränöse Flecke auf, die weiter fortschritten und in kürzester Zeit zur völligen Gangrän der Haut des Gliedes und Hodensackes führten und zu schwerer Phlegmone der Haut und des Unterhautzellgewebes am

Bauche. Der Prozeß ging indes nicht in die Tiefe und heilte schließlich. Impfung ergab sehr virulente Streptokokken.

Nach Ansicht des Verf. handelt es sich hier um einen Fall von »spontaner akuter Gangrän« des Genitalapparates, ein Krankheitsbild, das Fournier beschrieben hat, und dessen Ätiologie zur Zeit noch unklar ist.

Coste (Straßburg i. E.).

37) **K. Elbogen.** Plastischer Ersatz der ganzen Penishaut.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 12.)

Das vom Verf. bei einem Infanteristen, welcher durch Phlegmone die gesamte Penishaut mit Ausnahme des inneren Vorhautblattes und 2 cm langen und breiten Hautstreifens an der Wurzel des Gliedes verloren hatte, angewandte Verfahren bestand in Spaltung des inneren Blattes des Präputiums in einen oberen und unteren Lappen, Umschlagen beider nach rückwärts auf den Penis, Bildung eines doppeltgestielten Lappens aus dem Hodensack und Verschieben desselben an die untere und die beiden Seitenflächen des Penis.

Herm. Frank (Berlin).

38) **Vogel.** Zur galvanokaustischen Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 12.)

In der Schede'schen Klinik hatte man bei einer Operation nach Bottini gesehen, daß durch die starke Abkühlung in der mit Flüssigkeit gefüllten Blase der Inzisor nur sehr wenig in das Gewebe eingedrungen war. Es wurde deshalb beim nächsten Falle bei leerer Blase operiert. Kurz nach der Operation floß aber der Urin durch den eingelegten Dauerkatheter nur sehr wenig ab, es stellte sich Peritonitis ein. Die Sektion ergab als Ursache der Peritonitis einen 3 cm langen perforierenden Schnitt der Blase an der hinteren oberen Wand etwas nach oben vom Trigonum. Einen ähnlichen Fall hat Freudenberg beobachtet. Bei leerer Blase legt sich dieselbe in Falten zusammen, so daß man bei der Drehung des Instrumentes nach der Prostata hin eine dieser Falten mitfassen und einschneiden kann. Es ist deshalb in jüngster Zeit angeraten worden, die Blase mit Luft zu füllen. Event. könnte man erst die Füllung mit Flüssigkeit vornehmen, letztere dann ablaufen lassen, wenn das Instrument gut an der Prostata liegt. Auch durch Beckenhochlagerung ließ sich die Gefahr verringern.

Borchard (Posen).

39) **Wainwright.** Contribution to the subject of perineal prostatectomie.

(Annals of surgery 1903. Nr. 5.)

In dem vorliegenden Falle wurde zunächst der prävesikale Raum durch Medianschnitt eröffnet und mit dem Finger stumpf die Prostata freigelegt. Dann wurde vom Damm aus die Drüse freipräpariert und unter einem von der oberen Wunde ausgeübten Druck ausgeschält. Unglücklicherweise ereignete sich eine Eröffnung der Seitenwand des Mastdarmes; durch Naht und Inversion der Wandung heilte die Wunde ohne Folgen aus. Das endgültige Operationsresultat war ein sehr gutes, nachdem noch von der Dammwunde aus nachträglich ein kleiner Stein aus der Blase entfernt werden mußte. Die Dammfistel heilte verhältnismäßig schnell, Pat. urinierte drei- bis viermal täglich ohne Beschwerden.

Herhold Altona).

40) **Pomara.** Contributo allo studio delle ernie vescicali.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1903. Nr. 62.)

Verf. berichtet über vier Fälle von Blasenbrüchen aus dem Ospedale civico in Messina. In den beiden ersten Fällen wurde die Blase eröffnet und mit glück-



lichem Ausgang genäht. Im dritten Falle unterblieb die Naht, da der Irrtum nicht erkannt wurde, und es erfolgte der Tod durch Peritonitis. Im vierten Falle handelte es sich um einen Bauchwandbruch in einer Muskellücke am unteren Ende der Mm. recti, der infolge einer voraufgegangenen Myomotomie zurückgeblieben war. — Verf. betont die Notwendigkeit des Katheterismus vor einer Bruchoperation, wobei gleichzeitig durch Füllung der Blase mit Flüssigkeit die Diagnose gesichert werden kann. Enthält der Bruchsack ein Blasendivertikel, so soll dieses exstirpiert werden. Ist der Bruchsack eröffnet, so können auch dann noch im Zweifelsfalle der Katheterismus und die Untersuchung mit dem Finger Auskunft geben. Zur Blasennaht soll möglichst die Fixierung der Blase an die Bauchwand treten. Ist ein Irrtum nicht einmal während der Operation bemerkt und erst durch Hämaturie und Peritonitis aufgeklärt, so soll auch dann noch möglichst sofort die Blasennaht ausgeführt werden. **Dreyer** (Köln).

41) **C. Krüger.** Bemerkungen zur »Blasensteinzertrümmerung mit nachfolgender Aspiration«.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 291.)

Als Brunnenarzt in Wildungen hat K. während der Saison in diesem Kurort einen massenhaften Zugang von Blasenkranken, worunter in den letzten Jahren sich 105 Steinkranke befanden. Von diesen wurden 103 der Litholapexie unterzogen, und gibt K. in seiner Mitteilung Bericht über seine an diesem reichen Arbeitsmateriale gesammelten Erfahrungen. Die Operation, welche von den Wildunger Kollegen der Regel nach in Privatwohnungen bezw. Hotels ausgeführt wird, hält K. erstmalig auszuführen für denjenigen, der sie von anderer Seite öfters hat machen sehen und selbst Katheter und Sonde zu gebrauchen weiß, nicht für schwerer als die Sectio alta unter gleichen Bedingungen. Als Kontraindikationen für sie werden Entartungsprozesse der Blasenwand, die diese vermehrtem Binnendruck gegenüber widerstandsunfähig machten, ferner entzündliche Vorgänge der Blasennachbarschaft angeführt. Bei Blasen, die zum »Krampfen« neigen, ist tief zu narkotisieren, und falls Prostatadeformitäten mit Blasenaussackung nach hinten und unten vorliegen, von steiler Beckenhochlagerung nebst Oberschenkelflexion Gebrauch zu machen. Harte Steine sind ungleich leichter zu behandeln als weiche, von welchen kleinste Reste auch leichter zurückbleiben. Auf solche zu fahnden dient das Cystoskop und die Harnuntersuchung auf Blutkörperchen. Eine der Operation nachgeschickte Blaseneinspritzung von 1‰iger Höllensteinlösung beschleunigt die Aufklärung des Urins hinterher, und als Vorbeugungsmittel gegen postoperativen Urethralfrost hat sich die Gabe von Kampfersäure einige Tage vor der Operation zu 3 g pro die bewährt. Nachträglich tut Urotropin und das Wildunger Wasser gute Dienste.

K. hat von seinen 102 operierten Pat. 100 geheilt, d. h. von Stein und Steinbeschwerden befreit ohne Rücksicht auf etwaige Rezidive. Ohne Narkose wurden 14 operiert, 61 unter Chloroform, 6 unter Äther, 22 unter örtlicher Anästhesie. Bei 83 Kranken genügte eine Operationssitzung, 16 bedurften deren 2, der Rest noch mehrerer. Durchschnittliche Operationsdauer ½ Stunde (10—105 Minuten). Geringe postoperative Temperaturerhöhungen fast in 50% der Fälle. 9 Fälle waren durch Strikturen, 7 durch Pyelitis bezw. Pyelonephritis kompliziert, einige auch durch renale Albuminurie. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von
E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 34. Sonnabend, den 22. August. 1903.

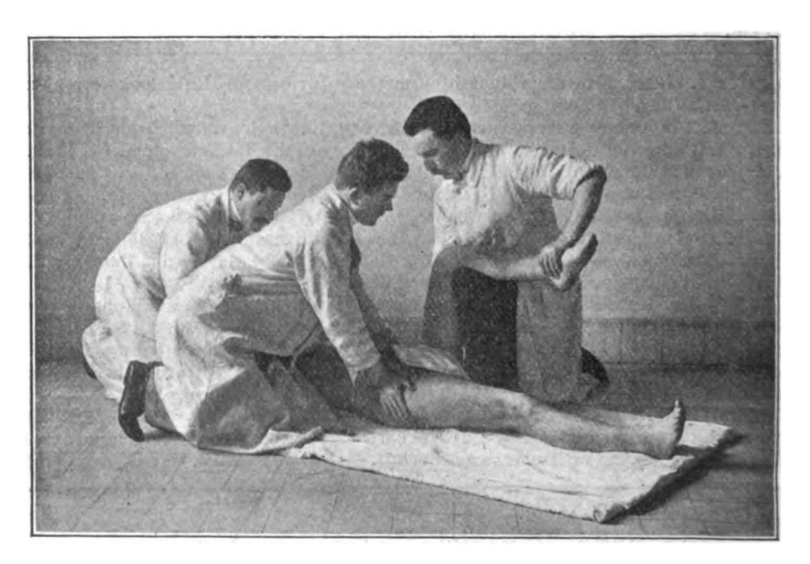
Eine neue Repositionsmethode für hintere Hüftgelenksverrenkungen.

Von

Jaroslav Elgart in Brünn.

Vor kurzer Zeit bot sich mir auf der chirurgischen Abteilung des Direktors Dr. Nedopil Gelegenheit, eine einfache Repositionsmethode bei einem frischen Falle von Luxatio ischiadica mit Erfolg zu erproben, und ich erlaube mir, das Verfahren einer Nachprüfung zu empfehlen. Die weiter zu beschreibende Methode ist in einigen ihren Komponenten mit der Kocher'schen Methode der Manipulationen verwandt, wie aus der Beschreibung ersichtlich sein wird. Und doch handelte es sich um einen Fall, wo ich zuerst das typische Kocher'sche Verfahren, nachher die Hebelmethode Middeldorpf's

und schließlich auch das alte Traktionsverfahren erfolglos angewendet habe, um erst durch meine Methode das Ziel zu erreichen. Ich erwähne dies deshalb, weil man ja von vielen Luxationen behaupten kann, daß dieselben durch eine beliebige Methode reponierbar sind, aus dem einfachen Grunde, weil entweder der Kapselriß zu groß ist und der Rückkehr des Femurkopfes nichts im Wege steht, oder weil der Kopf ganz nahe am Kapselriß sich befindet. In meinem Falle gab es sicher diese günstigen Momente nicht, da ja die üblichen Reduktionsmethoden mich im Stiche ließen. Ich versuchte auch ein Verfahren, welches mir früher bei einem Falle von Luxatio iliaca sehr guten Dienst leistete und darin bestand, daß ich die im Hüft- und Kniegelenke rechtwinklig gebeugte Extremität einfach in die Höhe zog, gleichzeitig eine Innenrotation des Femurs ausübend. In dem jetzigen Falle von einer ischiadischen Verrenkung handelte es sich aber um einen robusten Mann, so daß die Kraft meiner



Hände nicht ausreichend war, einen genügenden Zug aufwärts mit gleichzeitiger Rotation auszuüben.

Ich legte daher den narkotisierten Pat. auf den Boden und legte, neben ihm kniend, seine luxierte Extremität über mein gleichnamiges Knie und ließ durch einen Assistenten das Becken durch Druck auf beide Spinae fixieren. (Bei diesem Verfahren, glaube ich, wäre das Gersuny'sche Manöver der Beckenfixation nicht so gut am Platze gewesen.) Nachher faßte ich seinen Unterschenkel in der Knöchelgegend mit einer Hand, so daß derselbe mir als ein ungleicharmiger Hebel dazu diente, durch Senken des Unterschenkels einen kräftigen Zug auf das Femur in vertikaler Richtung auszuüben. Ich verband diese Bewegung noch mit einer Rotation des Femurs nach innen, indem ich gleichzeitig den Unterschenkel nach auswärts

drückte. Mit der anderen Hand erfaßte ich den stark prominierenden luxierten Femurkopf und drückte ihn nach außen, damit die Passage desselben über den Limbus cartilagineus erleichtert wurde. (Ich bemerke dazu, daß man dasselbe Ziel auch durch einen Zug nach außen auf dem zentralen Femurteile erreichen könnte, wenn man ein korpulentes Individuum vor sich hätte, wo der Femurkopf nicht gut tastbar wäre. Es wäre vielleicht auch zu empfehlen, durch Vorwärtsneigen seines eigenen Knies, auf dem die luxierte Extremität ruht, eine Adduktion und leichteres Herübergleiten des Kopfes über den Limbus zu erreichen — in meinem Falle war aber diese Manipulation nicht notwendig.)

Gleich beim ersten Versuche gelang mir die Reposition auf die oben beschriebene Weise, wonach ich die Extremität einfach parallel neben die gesunde niederlegte. Mit Nachdruck möge betont werden, daß der Druck auf den Unterschenkel sehr vorsichtig, ich möchte sagen dosierend auszuüben ist, damit weder eine Fraktur der Unterschenkelknochen oder des Femurhalses, noch eine Zerrung der Kniegelenkskapsel eintrete. Es wäre vielleicht ratsam, bei den ischiadischen Luxationen eine größere, bei den iliacalen eine kleinere Flexion im Hüftgelenke anzuwenden; durchschnittlich ist wohl die rechtwinklige Beugung am passendsten.

Es ist auch klar, daß eine eventuelle Differenz zwischen der Kniehöhe des Operateurs und der Femurlänge des Pat. durch passende Unterlagerung der Fußsohle resp. des Beckens ausgeglichen werden muß, damit es dem Operateur ermöglicht werde, den Zug genau und doch ausgiebig zu dosieren.

Aus dieser Beschreibung ist wohl ersichtlich, daß meine Methode den anatomisch-physiologischen Bedingungen sehr gut entspricht, denn:

erstens wird durch die (größere oder kleinere — der Art der Luxation entsprechende) Flexion des Hüftgelenkes der luxierte Kopf dem Kapselrisse möglichst gegenübergestellt,

zweitens durch die Innenrotation des Oberschenkels das Y-förmige Band (Lig. ileofemorale) entspannt,

drittens durch die nicht anstrengende und genau zu dosierende Hebelung mit dem Unterschenkel ein kräftiger Zug auf den Femurkopf ausgeübt, und zwar in einer Richtung, die (wegen der größeren oder kleineren Hüftgelenksflexion) ziemlich genau der ursprünglichen traumatischen Kraft entspricht.

Wenn man mit diesen drei Komponenten noch eine Adduktion des Oberschenkels verbinden wollte, so wäre das Verfahren der Methode Kocher's ziemlich ähnlich, es möchte nur noch die Schlußrotation nach außen fehlen, um die Verwandtschaft beider Methoden näher zu dokumentieren. Der größte Unterschied, daß Schwergewicht der ganzen Sache, liegt aber darin, daß ich bei meiner Methode durch die elegant ausführbare Hebelung über das Knie eine Kraft zu erreichen imstande bin, die man bei der Kocher-

schen Methode, wo man manchmal mit der Schwere der Extremität zu kämpfen hat, nicht entfalten kann. Ich empfehle daher diese Methode zur Nachprüfung.

---

1) C. E. de M. Sajous. The internal secretions and the principles of medicine. Vol. I.

Philadelphia, F. A. Davis, 1903. 800 S. 42 Abbild.

Verf. bespricht auf Grund der Literatur und eigener Experimente in ausführlicher Darstellung die Physiologie der Drüsen ohne Ausführungsgang, besonders die inneren Sekretionen in den Nebennieren, der Schilddrüse, Hypophysis cerebri und der Milz. Die überwiegende Bedeutung dieser Organe für die wichtigsten Lebensvorgänge im gesunden und kranken Körper wird in höchst eigenartiger Weise begründet, und besonders der alles beherrschende Einfluß des »Adrenal system«, der funktionellen Vereinigung von Nebennieren, vorderem Lappen der Hypophyse und Schilddrüse stark in den Vordergrund gerückt. So z. B. ist alles, was wir bisher als Erscheinungen von Infektion oder Intoxikation anzusehen gewöhnt waren, nach S. nichts als übermäßige oder ungenügende Tätigkeit des »Adrenal system«; die physiologische Wirkung von Heilmitteln wird durch die vordere Hypophyse, das leitende Zentrum des Adrenal system vermittelt. Verf. versucht demnach, die Grundlagen der Physiologie, Pathologie und Therapie von dem angedeuteten Standpunkte aus vollkommen umzuwälzen. **Mohr** (Bielefeld).

---

2) O. Streng. Experimentelle Untersuchungen über die durch Bakterientoxine hervorgerufenen Kachexien. (Vorläufige Mitteilung.)

Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu Helsingfors [Finnland]. Herausgegeben von Prof. Dr. E. A. Homén. Abt. 2. p. 207.)
Jena, Gustav Fischer, 1902.

Verf. hat an Kaninchen eine Reihe Versuche über die nach Injektion von Bakterienfiltraten auftretenden Allgemeinveränderungen, insbesondere Gewichtsverlust und Alterationen des Blutes, angestellt. Von den Ergebnissen dieser Untersuchungen, die sich zunächst nur auf eine beschränkte Anzahl von Tieren beziehen, seien nachfolgende hervorgehoben. Die nach Injektion von Staphylokokken-, Pneumokokken-, Typhus- und Colifiltrat beobachteten Kachexien wurden in etwas höherem Grade von Filtraten hervorgerufen, die von einer älteren Kultur herstammten als die von jüngeren ausgehenden. Die Kachexien, namentlich die starke Gewichtsabnahme, beruhen nicht auf fehlender Nahrungsaufnahme, sondern wahrscheinlich auf einer blutzerstörenden Wirkung der Filtrate. Nach der Injektion der Bakterienfiltrate — Verf. hat in dieser Richtung Staphylokokken-

und Pneumokokkenfiltrat untersucht — scheint eine möglicherweise auf Zerfall beruhende Abnahme in der Zahl der roten Blutkörperchen und eine Verringerung des Hämoglobingehaltes aufzutreten.

Läwen (Leipzig).

---

3) **E. A. Homén.** Die Wirkung einiger Bakterien und ihrer Toxine auf periphere Nerven, Spinalganglien und das Rückenmark.

(Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu Helsingfors [Finnland]. Herausgegeben von Prof. Dr. E. A. Homén.)

Jena, **Gustav Fischer**, 1902. Mit 13 Tafeln.

H. versucht in diesem Aufsatz eine experimentelle Basis zur Ergründung gewisser auch bei dem Menschen sowohl im peripheren als im zentralen Nervensystem häufig vorkommender infektiös toxischer Prozesse zu legen, sowie den Anfang und den weiteren Verlauf dieser Prozesse näher zu erforschen. Er hat früher schon die Wirkung der Streptokokken in dieser Richtung untersucht und dehnt in vorliegender Arbeit seine Versuche auf den Staphylokokkus pyogenes aureus, den Diplokokkus pneumoniae, das Bakterium coli, den Typhusbazillus und einen für Proteus gehaltenen Bazillus aus. In der Regel wurden 24 Stunden alte Bouillonkulturen oder Filtrate von ihnen Kaninchen in den freigelegten Nervus ischiadicus oder direkt ins Rückenmark injiziert.

Die Resultate waren im wesentlichen folgende:

Staphylokokkus pyogenes aureus: Der infizierte Nerv zeigt schon 24 Stunden nach Injektion Anschwellung und leicht grauweiße Färbung vorzugsweise in der Injektionsgegend und etwas oberhalb derselben. An der Injektionsstelle ist um diese Zeit eine kleinzellige Infiltration im Epi- und Perineurium zu konstatieren, die in den Nervenbündeln die Nervenfasern verdrängt und zerstört. Die mikroskopischen Veränderungen nehmen peripher und zentralwärts rasch ab. Diese Abnahme betrifft besonders das Epineurium, das schon einige Zentimeter oberhalb der Injektionsstelle völlig unverändert ist. Veränderungen finden sich namentlich am inneren Rande des Perineuriums. Sie schreiten dann teilweise längs der Septen im Querschnitt immer mehr zentralwärts fort und bestehen in einer starken Kerninfiltration mit Verdrängung und »diffuser Alteration der Nervenfasern«. Die Myelinscheide zeigt hierbei stellenweise bröckligen Zerfall. Der Achsenzylinder ist etwas angeschwollen. Der ganze Nervenabschnitt bekommt ein körniges Aussehen. Vom 4.—5. Tage an lassen sich Veränderungen in den zugehörigen Spinalganglien feststellen. Sie bestehen in Verschiedenheiten von Farbe und Größe der Zellen gegen die gesunde Seite. Eine Erklärung für die Form und das Fortschreiten der Veränderungen geben die Bakterienbefunde, die durch das Kultur- und Schnittverfahren erhoben wurden. An der Injektionsstelle finden sich die Kokken diffus über einen großen Teil des Querschnittes verteilt. Nach

24 Stunden finden sie sich zentralwärts von dieser Stelle oft in auffallend geringer Anzahl in und um den großen Lymphraum auf der inneren Seite des Perineuriums. Bei Tieren, die erst nach einigen Tagen getötet wurden, fanden sich die Kokken am Innenrand der veränderten peripheren Randzone. In den Spinalganglien, Wurzeln und im Rückenmark konnten sie kulturell nie nachgewiesen werden.

Die Injektion von Staphylokokkenkulturen ins Rückenmark war bisweilen von einer hämorrhagischen Erweichung oder Zerfall an der Injektionsstelle des Rückenmarks, sowie etwas Injektion der Meningen, hauptsächlich doch nur in der Umgebung der Injektionsgegend, gefolgt. Die Ausbreitung der Bakterien schien hauptsächlich sowohl längs der großen intermeningealen Räume — doch lange nicht in so hohem Grade wie nach Streptokokkeneinspritzung —, als durch den Zentralkanal und vielleicht noch schneller, besonders zentralwärts längs des letzteren stattzufinden. Von Interesse ist das schnelle Eindringen der Kokken zwischen die Epithelzellen des Kanals und bis zur umgebenden zentralen grauen Substanz. Die mikroskopischen Veränderungen beschränken sich hauptsächlich auf die Injektionsgegend und deren Umgebung und bestehen in Gewebszerfall und bedeutender Kerninfiltration. Die Versuche mit Bouillonfiltraten ließen nur eine geringe Reaktion der Tiere erkennen. Am wirksamsten schienen noch die Filtrate von 2—3 Monate alten Kulturen zu sein. In der Injektionsgegend finden sich Kerne im Epineurium, stellenweise auch in den Nervenbündeln, sowie diffuse Alteration einer großen Menge Nervenfasern und Anschwellung des Endoneuriums. Zentralwärts sind die Veränderungen weniger ausgesprochen. Ohne bestimmte Lokalisation finden sie sich hier fleckweise über den ganzen Nervenbündelquerschnitt verbreitet.

Diplokokkus pneumoniae: Die Versuche ergaben im wesentlichen dieselben Resultate wie bei den Staphylokokken. Schon nach 24 Stunden sind die entsprechenden Spinalganglien gewöhnlich sehr blutreich. In älteren Fällen findet sich hier stellenweise eine leichte Kerninfiltration in der Kapsel. Bisweilen lassen sich hier auch einzelne Diplokokken nachweisen. Im Nerven sind die Veränderungen nicht so entwickelt wie nach Streptokokkus- und Staphylokokkusinfektion. Sie sind hier auch nicht so gleichmäßig lokalisiert.

Bakterium coli: Die Veränderungen erstrecken sich nur auf einen Teil des Nerven. Der obere nach den Spinalganglien zu gelegene Teil bleibt frei. In älteren Fällen findet sich an der Injektionsstelle eine bedeutende Bindegewebsverdickung besonders des Endoneuriums, nebst Vermehrung der ovalen Kerne. Bei Injektion ins Rückenmark starben die Tiere nach 24 Stunden. An der Injektionsstelle (im oberen Lendenmark) fand sich eine ausgebreitete Zerstörung der Hinterstränge, teilweise auch der grauen Substanz, sowie bisweilen der übrigen weißen Substanz, namentlich der Vorderstränge. Die Ausbreitung der Bakterien findet nur intrameningeal und längs dem Zentralkanal statt, und nur in relativ geringem Grade.

Bacillus typhi abdominalis: In der Injektionsgegend findet sich in den jüngeren Fällen eine starke kleinzellige Infiltration stellenweise im Epi- und Perineurium, gewöhnlich auch teilweise in den Nervenbündeln. In älteren Fällen war hauptsächlich eine sklerotische Verdickung mit mehr oder weniger reichlichen, meist ovalen Kernen im Epi- und Endoneurium nebst entsprechender Alteration und Untergang von Nervenfasern zu konstatieren. Im übrigen Teile des Nervs oberhalb der Injektionsstelle ist das Bild sehr wechselnd. In den jüngeren Fällen erstrecken sich die Veränderungen von der Randzone bis tief ins Innere des Hauptnervenbündels. Auch in den Spinalganglien und den anliegenden motorischen Wurzeln finden sich Veränderungen, Kerninfiltration der Kapsel und des Perineuriums, in älteren Fällen auch eine geringe Alteration einzelner Ganglienzellen.

Proteus: Die mikroskopischen Veränderungen nach der Injektion in den Nerv sind gering. Trotzdem finden sich nicht selten auch Veränderungen in den entsprechenden Spinalganglien, bisweilen auch im Rückenmark. Nach Injektion ins Rückenmark waren auch für Proteus die intermeningealen Räume und der Zentralkanal die eigentlichen Ausbreitungswege.

Aus den die Resultate der Versuche zusammenfassenden Betrachtungen des Verf. sind folgende Angaben hervorzuheben. Die bakterielle Ausbreitung erfolgt im Nerv und im Rückenmark längs der Lymphwege, besonders in dem großen Lymphraum an der inneren Seite des Perineuriums, sowie in den großen serösen Räumen des zentralen Nervensystems, im Rückenmark auch längs des Zentralkanals. Die Neigung zur Ausbreitung ist am geringsten beim Bakterium coli. Gleich von anfang an oder binnen der ersten 24 Stunden finden sich im Nerven degenerative und exsudative Veränderungen. Die Degeneration beginnt mit einer diffusen Schädigung der Nervenfaser. Dieselbe geht in Gewebszerfall über. Die leukocytäre Infiltration ist am intensivsten nach Staphylokokkus- und Bakterium coli-Injektion. Bei Proteus ist die Exsudation mehr seröser Natur. Bei der Ausbreitung bilden die Spinalganglien gewissermaßen eine Grenzstation oder einen Aufenthaltsort für die Bakterien, sei es, daß der Ausgangspunkt im Nerv oder im Rückenmark liegt. Die Bakterien und Toxine gelangen im allgemeinen mehr durch die hinteren als vorderen Wurzeln vom Nerv ins Rückenmark. Es muß also der Weg durch die vorderen Wurzeln und deren meningeale Scheiden schwieriger sein als durch die Spinalganglien und Hinterwurzeln. Die Wirkung nach Injektion von Filtration der Bouillonkulturen in den Nerv war schwach.

Läwen (Leipzig).

4) **Gontermann.** Experimentelle Untersuchungen über die Ab- und Zunahme der Keime in einer akzidentellen Wunde unter rein aseptischer trockner und antiseptischer feuchter Behandlung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 2.)

Aus den interessanten Versuchen, die Verf. an der v. Bergmann'schen Klinik vorgenommen hat, seien seine eigenen Schlußfolgerungen aus den Experimenten hier mitgeteilt, welche am besten den Wert der sterilen trocknen und antiseptischen feuchten Verbände charakterisieren: Eine bakterienhemmende Nachwirkung der Antiseptika ist nicht zu konstatieren, der Keimgehalt nicht eitriger akzidenteller Wunden wird bei antiseptisch-feuchten impermeablen Verbänden mehr gesteigert als bei trocknen. Bei akzidentellen Wunden ist der Jodoformgaze der Vorzug zu geben, da sie mit den klinisch wichtigen Eigenschaften der Aufnahme der Wundsekrete und Blutstillung durch Festsaugen noch eine entschiedene Einwirkung auf die Mikroorganismen verbindet. Feuchte Verbände machen leicht Ekzeme und Haarbalgabszesse in der Umgebung der Wunde, begünstigt durch Mazeration der Haut. Die feuchten Verbände sind kein sicheres Mittel gegen Vereiterung akzidenteller Wunden. Bei eiternden Wunden bewirken die trocknen Verbände eine schnellere Abnahme der Keime als die feuchten. Bei phlegmonösen Entzündungen wirken die trocknen Verbände (aseptische Gaze und Jodoformgaze) günstig auf den Abfall der Keimzahl. Viele akzidentelle Wunden heilen trotz großen Keimgehaltes ohne klinische Zeichen von Entzündung.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

5) **Calmette.** Sur l'absorption de l'antitoxine tétanique par les plaies &c.

(Académie des sciences 1903. Mai 11.)

Nach C.'s Versuchen gelingt es, Tiere gegen Tetanus zu immunsieren, indem man trocknes, fein gepulvertes Antitetanusserum von kleinen Wunden absorbieren läßt. Künstlich mit tetanussporenhaltiger Erde infizierte Wunden führten nicht zu Tetanus, wenn sie innerhalb 2—6 Stunden nach der Infektion in gleicher Weise behandelt wurden. C. empfiehlt daher, tetanusverdächtige Wunden beim Menschen, besonders im Kriege und in den heißen Ländern, in welchen Tetanus häufig ist, mit trocknem Serum zu bestreuen.

Mohr (Bielefeld).

---

6) **Baumgarten.** Über die Schicksale des Blutes in doppelt unterbundenen Gefäßstrecken.

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 45.)

Unter Erweiterung seiner früheren Untersuchungen über die Schicksale des aseptisch in Gefäßstrecken eingeschlossenen Blutes auf

längere — 5monatliche — Beobachtungszeiten hat Verf. festgestellt, daß es nicht zur Gerinnung kommt, sondern zunächst zu einer Resorption der wäßrigen Bestandteile des Blutes und der im Wasser gelösten kristalloiden Stoffe, Salze, offenbar unter dem Einfluß des Druckes, welchen die wachsende endovaskuläre Gewebsneubildung auf die abgesperrte Blutsäule ausübt. Durch das Verschwinden des Wassers allein kommt es schon zu einer sehr starken Raumverkleinerung und nimmt das Blut teerartige Beschaffenheit an. Dagegen erklärt die starke Wasserentziehung, welche sich auch an den Formelementen geltend macht, nicht die an diesen sich abspielenden Veränderungen. Denn die roten Blutkörperchen nehmen nicht die charakteristischen Formen an (Maulbeer, Stechapfel), sondern behalten ihr Eigenwasser, was auf ungemein zähe Vitalität schließen läßt, und unterliegen erst der Druckatrophie durch die entzündliche Gewebsatrophie zusammen mit der naturgemäß sich einstellenden senilen Atrophie. Bemerkenswerterweise geschieht dieser Abbau der geformten Substanz ohne Diffusion von Blutfarbstoff und ohne Pigmentbildung. Nur da, wo die Ligatur die Gefäßwände geschädigt hat, geht das Blut, das durch den Durchtritt in die Lücken den Schutz der Gefäßendothelwand verloren hat, Veränderungen ein, ähnlich, wie sie das extravasierte Blut durchläuft. Bei diesem tritt Gerinnung alsbald ein, und die roten Blutkörperchen erleiden unter den Erscheinungen der Plasmolyse, Plasmoschise und Plasmorhexis rasche Entfärbung und Zerfall mit Hinterlassung von körnigem, körnig-kristallinischem Pigment. Der Kanal der doppelt unterbundenen Gefäßstrecke wächst, wie es scheint, niemals vollständig zu. **Herm. Frank** (Berlin).

---

7) **H. Amberg.** Experimenteller Beitrag zur Frage der zirkulären Arteriennaht.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 1.)

A. berichtet in seiner aus der chirurgischen Klinik zu Bern hervorgegangenen Arbeit über etliche Experimente, an Pferden und Hunden angestellt. Die dem Versuche unterzogenen Gefäße (Carotiden, einmal auch die Bauchaorta und Femoralis) wurden nach Anlegung von Klemmen von der Gefäßscheide etwa daumenbreit entblößt, dann quer durchtrennt. Beide Gefäßstümpfe werden an sich entsprechenden Stellen mittels 2 oder mehr Längsschnittchen auf 3—4 mm gespalten, die hierdurch gesetzten Gefäßwandläppchen um 90° umgekrempelt, die Stümpfe sich genähert und vernäht, so daß die Gefäßwandläppchen sich breit mit der Intima berühren. Das Verfahren ist dem Aneinanderlegen von eisernen Röhren analog, wobei am umgekrempten Rande der Röhre, der sog. »Flansche«, die Dichtung vorgenommen wird.

Die gewonnenen Resultate sind nicht befriedigend zu nennen, da bald Nachblutungen, bald Thrombosen — teils verstopfend, teils

partiell —, einmal auch Wundinfektion erfolgten. Den Versuchsprotokollen ist eine kurze Besprechung mit Literaturberücksichtigung beigefügt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

8) **M. Silbermark** und **M. Hirsch.** Laparotomie und Ventralhernien.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 81.)

In der v. Mosetig-Moorhof'schen Klinik, aus welcher diese Arbeit hervorgegangen ist, hat sich in betreff der Verhütung der Narbenbauchbrüche die Lennander'sche Bauchöffnungsmethode sehr gut bewährt. Also: Schnitt, 2—3 Querfinger breit, rechts oder links von der Mittellinie, Inzision des vorderen Rectusscheidenblattes, genaue Blutstillung. Der Rectus wird unverletzt je nach Bedarf medial- bezw. lateralwärts geschoben, dann auch sein hinteres Scheidenblatt und das Bauchfell geöffnet. Beim Bauchschluß wird das Bauchfell mit hinterer Rectusscheide fortlaufend mit Seide genäht, der Rectus reponiert, dann sein vorderes Scheidenblatt, ebenso wie das hintere, schließlich auch die Haut genäht, bei stets sorgfältiger Blutabtupfung. Vernotwendigt sich eine Bauchhöhlendrainage, so wird in dem für sie offen gelassenen Wundwinkel das sog. »Mosetig'sche Gebilde« eingeführt. Dasselbe besteht aus dochtförmig zusammengerollten Jodoformgazestreifen, deren Mittelteil mit zu einer Kanüle zusammengewickelten Guttaperchapapier umhüllt ist, so daß gleichzeitig eine Kapillar- und Schlauchdrainage stattfindet. Ist im Laufe der Nachbehandlung eine kanalisierte Wundfistel zustande gekommen, so wird deren Reinigung mittels Eingießen von reinem Glyzerin besorgt. Dasselbe sinkt seiner spezifischen Schwere folgend in die Tiefe und hebt die dort abgesetzten Sekrete in die Höhe und aus der Wunde heraus.

Die in der Klinik derart hinsichts Fernhaltung von Brüchen gewonnenen Resultate haben sehr befriedigt, wie an den bei 41 zur Prüfung dieser Frage geeigneten Fällen erhaltenen Daten gezeigt wird. (Näheres s. Original.) **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

9) **Kertész.** Zur Frage vom Mechanismus der Darmstrangulation.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 23.)

Im Gegensatz zu Wilms hält K. das Hineintreten von auffallend großen Darmpartien als Folge der Peristaltik bei engerer Einklemmung für ausgeschlossen. Er glaubt vielmehr, daß das Eintreten größerer Partien primär, d. i. sofort bei der Einklemmung erfolgt. Ist die primäre Veranlassung zur Einklemmung von kurzer Dauer und geringer Kraft, so braucht nur eine kleine Schlinge auszutreten. Daß diese sich auf Kosten des abführenden Darmes vergrößern kann, ist bekannt. K. glaubt aber, daß dies durch die bald sich einstellende

Blähung und Kotanhäufung des zuführenden Rohres vor dem Ringe und den sich einstellenden erhöhten (zeitweiligen und länger dauernden) intraabdominellen Druck geschieht. Experimentell konnte K. dies beim Kaninchen nachweisen. Er zog durch eine kleine Bauchöffnung eine kleine Dünndarmschlinge hervor, welche mittelstark eingeklemmt war und spritzte in den zuführenden Schenkel intraabdominell Wasser ein. Nach Entfernung der Kanüle blieb die Schlinge leer. Bei Abwehrbewegungen des Tieres, faradischer Reizung der Bauchmuskeln trat nun Darm heraus, und zwar verlängerte sich nur der abführende Schenkel. K. glaubt auch den von Wilms angegebenen Fall in dieser Weise erklären zu müssen. Auch bei Austritt größerer Darmschlingen glaubt er nicht genötigt zu sein, die Theorie der Peristaltik heranzuziehen, indem sich diese Fälle teils durch die Wirkung der Schwere, teils durch den Mechanismus der Kotstauung nach Lossen erklären lassen. **Borchard** (Posen).

---

10) **Kreuter.** Dehnungsgangrän des Coecum bei Achsendrehung der Flexura sigmoidea und bei Abknickung des Blinddarmes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 2.)

Verf. hatte Gelegenheit, einen jener interessanten Fälle von Drehung und Volvulus der Flexur zu beobachten, bei welchem neben diesem Darmverschluß noch eine ausgedehnte Gangrän des Blinddarmes bestand. Während der Volvulus leicht reponierbar war, mußte wegen der drohenden Perforation des Blinddarmes, der übrigens einen Einriß zeigte, die Resektion des letzteren vorgenommen werden. Nach vorübergehendem Wohlbefinden ging der 38jährige Pat. zugrunde. Bemerkenswert ist aus der Beschreibung des gewonnenen Präparates, daß die Ileocoecalklappe ganz undurchgängig war. Bei dem operativen Eingriff selbst waren es zwei Schlingen, welche durch ihre Auftreibung imponierten, die vor der Achsendrehung liegende Schlinge der Flexura sigmoidea und der Blinddarm. Auch das Colon ascendens war in die Auftreibung einbezogen, während am Colon transversum eine besondere Volumenszunahme nicht wahrgenommen werden konnte. Derartige Befunde sind schon öfters wahrgenommen worden und haben zu Erklärungsversuchen aller Art Anregung gegeben. Verf. glaubt diese Kombination einer Gangrän des Blinddarmes mit Verschluß des Dickdarmes an einer tieferen Stelle als Dehnungsgangrän ansehen zu müssen und deutet den Zusammenhang der Dinge in folgender Weise.

Der Blinddarm ist der am wenigsten gegen einen Binnendruck widerstandsfähige Abschnitt des Dickdarmes, da erfahrungsgemäß die Wanddicke hier am schwächsten ist und gegen das Ende desselben zunimmt. Da aber natürlich in einem Gefäß oder Rohr, wie es der Darm darstellt, der Innendruck überall gleich sein müßte,

ist es notwendig, eine Erklärung dafür zu suchen, warum ausschließlich Coecum und Colon ascendens so stark gebläht sind. Die Ursache für diese Erscheinung sind nun Klappenbildungen und Knickungen an der Flexura hepatica, wie sie von mehreren Autoren beschrieben worden sind. Durch diese kann Coecum und aufsteigendes Colon im Falle stärkerer Ausdehnung vollkommen vom übrigen Darm abgeschlossen werden. Gerade in diesem Teile des Dickdarmes ist aber schon normalerweise die Hauptbildungsstätte für die Dickdarmgase, deren Ansammlung zu einer exzessiven Blähung des Blinddarmes führen wird, weil es ja die schwächste Muskulatur des Dickdarmes hat. Die Gasspannung führt zur venösen Stauung, diese zu vermehrter Sekretion, welche wieder der Zersetzung anheimfällt. Unter diesen Umständen kann es nicht Wunder nehmen, wenn die Dehnung endlich zur Gangrän führt.

Die Gasauftreibung ist bei fest schließender Ileocoecalklappe vollkommen lokalisiert, aber sie ist kein lokaler Meteorismus im Sinne von v. Wahl. Anschütz ist der Meinung, daß die verschiedene Weite der Lichtungen im Blinddarm und in den anderen Dickdarmabschnitten viel wichtiger sei für das Zustandekommen der Gasauftreibung im Blinddarm, und will dies an einem Ballonversuch mit zwei verschieden großen an eine T-Röhre angeschlossenen Ballons nachweisen. Der größere Ballon soll sich dann nämlich überraschend viel mehr ausdehnen als der kleinere. Verf. hält aber diese Annahme für falsch und zieht aus analogen Versuchen den gegenteiligen Schluß, daß nämlich bei gleichem elastischem Material die Weite der Lichtungen ohne jede Bedeutung für den Grad der Flächenspannung ist.

Im Anschluß an diesen Fall wird noch eine weitere Beobachtung mitgeteilt, welche manche Ähnlichkeit mit der ersten aufweist. Der betreffende Pat. hatte einen frei beweglichen Blinddarm, in welchem die Muskulatur stark hypertrophisch war, und der in der Nähe der fixierten Stelle eine Knickung erlitten hatte. Diese machte durchaus den Eindruck einer habituellen Knickung, insofern als sich die Teile immer von selbst wieder zusammenfanden. Durch eine Verwachsung war es zur Fixation der geknickten Partie und bei einem neuen Anfall von Okklusion zu hermetischem Abschluß gegen den übrigen Dickdarm gekommen. Die enorme Gasspannung im Blinddarm war auch hier nur durch absoluten Verschluß der Ileocoecalklappe erklärlich. Wahrscheinlich ist auch hier die gangränös gewordene Partie des Coecum schon seit längerer Zeit weniger widerstandsfähig gewesen als der übrige Blinddarm.

Beide Fälle sind geeignet, die Frage wieder aufs neue aufzuwerfen, ob es nicht doch am ratsamsten ist, auch nach Beseitigung des mechanischen Hindernisses die Darmentleerung durch einen vorübergehend angelegten Kunstafter auf die denkbar einfachste Weise zu besorgen. Der Symptomenkomplex war bei den beiden Fällen so deutlich und typisch entwickelt, daß man an eine Kom-

plikation mit Dehnung des Blinddarmes bei allen Fällen von Darmverschluß im Bereich des Dickdarmes rechnen muß.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

11) **Schreiber.** Die Rekto-Romananoskopie.

Berlin, **August Hirschwald,** 1903. 131 S. 19 Abbild. im Text, 3 farbige Tafeln.

Ausgehend von der Tatsache, daß »von einer einheitlichen und wissenschaftlichen, planmäßigen Methode der Rektoskopie einstweilen nicht die Rede sein kann«, hat es Verf. unternommen, »die vorhandenen Elemente zu einer rationellen Rektoskopie zu prüfen, zu sichten und sie, durch eigene Untersuchungen erweiternd, zu einer allgemeineren klinischen Untersuchungsmethode auf anatomisch-physiologischer Grundlage auszubauen.«

In dem ersten Hauptteil, »Methodisches«, wird zunächst als die für die Rektoskopie allein anwendbare Lagerung der Kranken die Knie-Brust- oder Knie-Schulterlage hingestellt, weil nur in ihr eine vollkommene pneumatische Erweiterung von Mastdarm und S romanum erreichbar ist. Auf Grund eigener Untersuchungen über die intraabdominellen Druckverhältnisse im Mastdarm weist S. nach, daß nur bei der oben genannten Körperhaltung im Mastdarm ein Unterdruck besteht, und daß anders lautende Angaben anderer Autoren auf einer fehlerhaften Versuchsanordnung beruhen. Als rektoskopischer Apparat dient dem Verf. eine in bezug auf Länge und Weite wechselnde, mit einer Zentimetereinteilung versehene zylindrische Röhre mit einem durchbohrten Obturator, nebst Casper'schem Panelektroskop. Die sonst gebräuchlichen Mastdarmspiegel werden genau besprochen und als für die vorliegenden Zwecke unbrauchbar nachgewiesen. Aus dem letzten Abschnitt dieses ersten Teiles, der über die Einführung des Rektoskops handelt, ist besonders hervorzuheben, daß S. das Instrument nur bei wirklich freier Darmlichtung unter Leitung des Auges weiter darmaufwärts einführt.

Der zweite Teil wird durch anatomisch-physiologische Erörterungen gebildet unter besonderer Bezugnahme auf die neueren einschlägigen Arbeiten von Merkel. Nach Messungen am Lebenden wird die Länge des Mastdarmes, vom 3. Kreuzwirbel abwärts gemessen, auf 13—15 cm, die des S romanum auf durchschnittlich 45 cm bei Erwachsenen, 18 cm bei Kindern angegeben. Als rektoskopisch nachweisbare Grenze zwischen Mastdarm und S romanum ist die »oberste Plica transversalis« anzusprechen, und S. nennt sie daher Plica recto-romana. Am Mastdarm unterscheidet er eine Pars perinealis von der Afteröffnung bis zur oberen Grenze des Sphincter internus und eine Pars pelvina bis zum Beginn des S romanum. Die weitere Topographie und Nomenklatur muß im Original nachgesehen werden, da sie nur im Zusammenhang verständlich sind. Aber gerade dieser anatomische Teil ist sehr sorgfältig an der Hand eigener Studien ausgearbeitet und bringt manche neue Auffassungen,

die sich gewiß behaupten werden. Die Grenze, bis zu welcher man im S romanum mit dem Rektoskop vordringen kann, ist die Umknickungsstelle zwischen absteigendem und aufsteigendem Schenkel desselben; dieselbe kann bis über 30 cm oberhalb der Afteröffnung liegen. Auf Grund seiner physiologischen Studien am lebenden Mastdarm glaubt S. »den Begriff und die Bezeichnung eines Sphincter tertius für immer streichen« zu müssen.

Der dritte Teil umfaßt die klinischen Ergebnisse. In demselben hat Verf. diejenigen Resultate wiedergegeben, die er »an 100 nahezu wahllos rektoskopierten Personen fand, d. h. an 100 Personen, die gar nicht oder wenigstens nicht direkt im Verdacht eines Rektalleidens standen«. Die Einzelheiten auch dieses Abschnittes müssen im Original nachgesehen werden. Erwähnt seien aus der großen Fülle der interessanten Einzelheiten nur die zwei Fälle, in denen die klinische Diagnose auf Grund des wiederholt erhobenen Palpationsbefundes auf Karzinom gestellt war, die sich dann aber bei der rektoskopischen Untersuchung als vollkommen gutartige Veränderungen erwiesen. Ein besonderes Kapitel dieses Teiles ist der Frage über das Vorkommen antiperistaltischer Bewegungen gewidmet. S. faßt seine diesbezüglichen Beobachtungen dahin zusammen, daß im S romanum und Mastdarm unter physiologischen Bedingungen Kräfte nachweislich sind, welche nicht nur etwa Flüssigkeiten oder in Flüssigkeiten suspendierte kleinste Partikelchen, sondern gröbere Massen, kompakte, feste, formierte Fäces, Erbsen darmaufwärts zu bewegen vermögen. Zum Schluß wendet er sich dann noch gegen das blinde Sondieren des Mastdarmes und der höher gelegenen Darmabschnitte und weist nach, daß man auch mit biegsamen oder Spiralsonden nur bis an die Umknickungsstelle des absteigenden und aufsteigenden Schenkels des S romanum vorzudringen vermag, und daß dabei Schädigungen der Darmschleimhaut, wenn auch nur geringgradige, unvermeidlich sind.

Die vorliegende Arbeit S. ist, wenn auch manche Einzelheiten sich bei weiterer Nachprüfung als anders aufzufassen erweisen sollten, wohl geeignet, der Rektoskopie oder richtiger der Rekto-Romanoskopie neue Anhänger zu verschaffen. **Dettmer** (Bromberg).

---

12) **Stieda.** Über Atresia ani congenita und die damit verbundenen Mißbildungen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 2.)

Die bisherige Einteilung der Fälle von Atresia ani congenita, wie sie besonders auch in den größeren zusammenfassenden Arbeiten besteht, ist nach S. Ansicht eine ungenügende und die neuesten Ansichten über die Entwicklungsgeschichte der betreffenden Körperteile (Mastdarm, After usw.) zu wenig berücksichtigende. Er selbst hält die Bezeichnung »innere und äußere Fisteln«, welche man den einzelnen Unterarten der angeborenen Atresie gegeben hat, für falsch;

denn bei der sog. inneren Fistelbildung handelt es sich nicht um Fisteln im eigentlichen Sinne, sondern um Mißbildungen, und zwar um Hemmungsbildungen, deren Ergebnisse in einer Kommunikation des Mastdarmes mit benachbarten Hohlräumen resp. Kanälen bestehen. Derartige Fälle sind auf Grund der Entwicklungsgeschichte zu erklären. Dagegen sind die sog. äußeren Fisteln keine Hemmungsmißbildungen; sie sind Ergebnisse pathologischer Prozesse. S. stellt darum folgendes System auf: 1) Atresia ani seu recti congenita simplex, 2) Atresia ani (seu recti) complicata cum communicationibus und 3) Atresia ani (seu recti) cum fistulis. Jede Unterabteilung hat wieder mehrere Nebenarten, die an Zeichnungen gut skizziert sind. In seinen entwicklungsgeschichtlichen Betrachtungen schließt sich Verf. besonders an O. Schultze und Keibel an. Besonders interessieren dürfte eine eigene Beobachtung des Autors, bei der ein angeborener vollständiger Mastdarm- und Afterverschluß vorlag. Außerdem bestand ein Fistelgang, der vom Mastdarm ausging, in der Tiefe durch die Basis des Hodensackes hindurchlief, an der Peniswurzel wieder an die Haut trat und sich ganz oberflächlich an der Unterfläche des Penis bis zur Umschlagsfalte der Vorhaut hin fortsetzte, um hier mit einer Anschwellung blind zu endigen. Nach der mikroskopischen Untersuchung erwies sich der Gang nun in seinem ganzen Verlauf nicht gleichmäßig beschaffen. Er war vielmehr in seinem hintersten After- oder Mastdarmabschnitt, wie die Mastdarmschleimhaut, epithelial ausgekleidet, in dem mittleren Teil von Bindegewebe, in seiner vorderen Partie von Epidermis umgeben, d. h. er verlief hier im Bereiche des Bindegewebes, dann innerhalb der Epidermis. Durch diesen Befund wird die Auffassung des Fistelganges als pathologisches Produkt durchaus bestätigt. Er mag in folgender Weise zustande gekommen sein. Der durch den Darminhalt ausgeübte Druck hat, da eine Afteröffnung fehlt, die Wand des Mastdarmsackes erst vorgewölbt, dann durchbrochen. Der erste Teil hat deshalb den Charakter der Mastdarmschleimhaut. Der Fistelgang hat sich dann in das lockere Bindegewebe fortgesetzt und ist schließlich in das Gebiet der Epidermis eingetreten. Eine Ableitung des Ganges aus einer embryonalen Anlage ist völlig ausgeschlossen; denn man kennt kein embryonales Stadium, in welchem ein Gang vom Mastdarm bis zum Ende des Penis verläuft. Zum Schluß der Arbeit sind die Arbeiten von v. Esmarch, Frank und von Rotter im Handbuch der praktischen Chirurgie über das vorliegende Thema einer Kritik unterzogen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

13) O. Hartmann. Bakteriologische Studien an der Hand von 46 Gallensteinoperationen nebst einem Beitrag über ätiologische Fragen des lithogenen Katarrhs der Gallenblase.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 207.)

Die 46 von H. auf Bakteriengehalt der Galle untersuchten operierten Fälle von Cholelithiasis stammen aus der Riedel'schen Klinik. Nur in 10 Fällen war die Galle steril. In den 36 Fällen, wo sie dagegen bakterienhaltig befunden wurde, handelt es sich 23mal um Bakterium coli allein, 2mal um Streptokokken, 3mal um Staphylokokken, 1mal um Staphylokokkus albus, 3mal um Staphylokokken mit anderen Bazillen, 1mal um Bakterium coli mit Staphylo- und Streptokokken, 1mal um Bakterium coli und Staphylokokken und 1mal um sehr feine Stäbchen. Die Virulenz der gefundenen gezüchteten und zu Tierinfektionen benutzten Bakterien war durchgehends bei den Colibazillen am größten.

Als Weg für Invasion der Bakterien in die steinhaltige Blase kommt fast ausschließlich der Ductus choledochus, der die Darmmikroorganismen in die Blase steigen läßt, in Betracht (»Cholecystitis ascendens«). Zu ihrer Vermehrung in der Blase wird die Voraussetzung einer ungenügenden periodischen Entleerung dieser, also eine Gallenstauung nötig sein. Erst wenn es an der gründlichen Spülung der Blase und der Gallengänge, welche auch die in der duodenalen Gallengangspapille weilenden Bakterien wegspült, mangelt, sind die Vorbedingungen zur Verbreitung der letzteren gegeben. Übrigens ist auch die Einwanderung der Darmbakterien durch die Wände des Darmes und der Gallenblase per diapedesin, sowie das Eindringen der Keime auf hämatogen-metastatischem Wege nicht völlig von der Hand zu weisen. Als Gelegenheitsursachen für Cholezystitis machen sich in manchen Krankengeschichten äußere Verletzungen, Wund- und Infektionskrankheiten bemerbar.

Bezüglich der Genese der Gallensteinbildung pflichtet H. der neuen Theorie bei, nach welcher der zu Konkrementbildung führende Katarrh auf bakterieller Infektion beruht. Zur Ausbildung der letzteren bedarf es aber wiederum einer in gewisser Weise behinderten Ausleerung der Gallenblase, und H. meint, daß in manchen Fällen der Ductus cysticus, der schon normal seiner klappenartigen Schleimhautfalten wegen etwas schwierig passierbar erscheint, durch angeborene ungünstige anatomische Eigentümlichkeiten eine Gallenstauung in der Blase begünstigt. Ebenso ist an Motilitätsstörungen, Schwächezustände in der Muskulatur oder Innervation der Gallenblase zu denken, wobei H. darauf hinweist, daß habituelle Verstopfung und Gallensteine so häufig kombiniert vorkommen. Auch die Ergebnisse der Statistik über die Prädisposition der verschiedenen Geschlechter, Lebensalter und Berufsstände zur Cholelithiasis sucht H. mit dieser Theorie in Einklang zu bringen. Zur Prüfung dieser Fragen ist das einschlägige Material aus Kehr's gallenchirurgischen

Spezialjahresberichten durchgearbeitet, aus dem sich manche interessante Tatsachen ergeben. H. fand, daß die Gallensteinkrankheit nicht, wie erst angenommen, die besseren Stände und die späteren Lebensjahrzehnte bevorzugt, sondern daß die schwer arbeitenden, in lebhaftem Kampf ums Dasein stehenden Klassen stärker von der Krankheit betroffen werden, und daß diese am häufigsten Ende der 20er bis Mitte der 30er Jahre manifest wird. Die Erklärung hierfür sucht er darin, daß nur die strotzend von Blut durchflossene Leber einer genügend reichlichen Gallenabsonderung fähig ist, daß aber angespannte Arbeit und Muskeltätigkeit, wie sie ein stark beschäftigtes Berufsleben erfordert, der für die Gallenbereitung erforderlichen hochgradigen Blutkongestion zum Darm und zur Leber hinderlich ist und deshalb auch den Gallenfluß stört, so daß auch die keimwegspülende Funktion des letzteren Not leide. Da ferner auch äußere Blutungen auf die Gallenabsonderung hemmend wirken (Ranke), ist beim weiblichen Geschlecht sowohl die Menstruationsblutung als auch das Überstehen einer Entbindung als Moment für Gallensekretionsverminderung in Rechnung zu nehmen, während zur Zeit der Schwangerschaft schon durch den intra-uterinen Stoffwechsel des Fötus Veränderungen in den Druckverhältnissen und chemischen Prozessen der Leber hervorgerufen werden, die eine Schwankung in der Gallensekretion bewirken. Die in späteren Lebensaltern auftretende Gallensteinkrankheit wird zumeist in den besten früheren Jahren erworben, bis dahin latent geblieben und erst nachträglich, ähnlich gewissen Fällen von Osteomyelitis, manifest geworden sein. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

14) **Cumston.** Eine kurze Betrachtung der Lebersyphilis vom chirurgischen Standpunkte.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 2.)

Verf. entwickelt eingehend das klinische Bild der Lebersyphilis, dessen einzelne Symptome jedoch nichts besonders Charakteristisches haben, sondern auch allen den verschiedenen Lebergeschwülsten angehören können, so daß die Diagnose oft nur aus genauer Kenntnis der Krankengeschichte, speziell der Anamnese, gestellt werden kann. Die Lebersyphilis ist entweder erworben oder vererbt. Die Gummata kommen erst in der tertiären Periode vor, nicht früher als 5 Jahre nach der Infektion, oft viel später. Beim Erwachsenen ist die typisch tertiäre Erkrankung der Leber die sklero-gummöse Form. Charakteristisch für die Leberlues sind tiefe Einkerbungen am Rande des Organs; zwischen diesen Einziehungen liegen oft milchige Flecken, welche auf eine Entzündung der Glisson'schen Kapsel deuten. Mikroskopisch ist besonders eine Veränderung im Bindegewebe zu finden derart, daß sowohl eine perilobuläre wie intralobuläre Cirrhosis vorhanden ist. Die Bindegewebszüge, welche nach allen Richtungen in die Lebersubstanz ausstrahlen, pressen die

Leberläppchen zusammen und verursachen dadurch eine fettige und amyloide Degeneration der Zellen, sowie eine Kompression der kleinen hepatischen und portalen Gefäße, welche ihrerseits wieder Aszites zur Folge hat. Übrigens können auch die großen Gefäße mit in den Prozeß einbegriffen sein.

Ein älteres Gumma zeigte drei konzentrische Zonen, eine zentrale, gelbe und weiche, eine mittlere, elastische, und eine äußere aus einer fibrösen Hülse bestehende. Meist ist eine adhäsive Perihepatitis vorhanden, welche die Leber an das Zwerchfell und die umgebenden Organe fixiert. Differentielldiagnostisch kommt in Betracht die tuberkulöse Peritonitis, Echinokokkuscysten der Leber, Karzinom derselben und schließlich auch das Duodenalgeschwür, wie an einem Beispiel gezeigt wird. Während sich Segond gegen jeden chirurgischen Eingriff bei Lebersyphilis ausspricht, ist Verf. der gegenteiligen Ansicht und befürwortet chirurgisches Vorgehen, wenn die Gummata der Leber so alt und die Gewebe so verändert sind, daß die medizinische Behandlung nicht mehr ausreichen kann. Die Größe der luetischen Geschwulst hat für die Entfernbarkeit nicht viel zu bedeuten, wenn sie nur leicht zugänglich ist. Auch Verwachsungen machen die Exstirpation eines Gumma nicht unmöglich. Zum Schlusse fügt C. alle einschlägigen Fälle bei, die er aus der Literatur sammeln konnte. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

15) **Masnata.** Emostasi epatica.

(Policlinico 1903. Nr. 3.)

M. experimentierte an Hunden über die Blutstillung bei Leberresektionen. Für Lebergewebsschichten bis 2 cm empfiehlt er die Methode von Auvray, welcher Massenligaturen mit Seide anlegt. Ein Faden wird mit stumpfer Reverdinnadel wiederholt durch die ganze Dicke der Leber geführt, und so eine Reihe von Schlingen gebildet, deren zugehörige Fäden schließlich geknüpft werden. Die Seide durchschneidet, langsam angezogen, die Glissonsche Kapsel und zerteilt wie ein stumpfes Instrument die Leber gewissermaßen in einzelne Stiele und Bündel von Gefäßen.

Für 3 cm Dicke hat M. das Verfahren etwas modifiziert, indem er der Nadel eine solche Richtung gibt, daß keilförmige Partien, mit dreieckigem Durchschnitt abgetrennt werden, dessen Spitze mit je einer vorhergehenden Austritts- oder Eingangsstelle der Nadel zusammenfällt. Für noch dickere Partien und schlecht zugängiger Leberflächen verwendet er Forcipressur mit gebogenen Zangen, längs deren das Gewebe durchschnitten wird, wonach erst die definitive Blutstillung folgt durch Umlegen eines Fadens hinter der Zange.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

Kleinere Mitteilungen.

16) **Krönlein.** **Die aseptischen Operationsräume der Züricher chirurgischen Klinik und ihre Bedeutung für den klinischen Unterricht.**

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Der Wunsch, neben dem großen klinischen Operationssaal noch einen zweiten Operationsraum zu besitzen, welcher ausschließlich den Zwecken der operativen Chirurgie dienen sollte, gab Veranlassung zu den vor $2^1/_2$ Jahren errichteten Neubauten an der Züricher Klinik. Dieselben stellen einen Parterrebau dar, der als kleiner Seitenflügel aus der Rückwand des großen Krankenhauses herausragt, und enthalten einen Eingangskorridor, ein Badezimmer, ein Narkosezimmer, den Operationsraum, einen Verbandraum, Sterilisationsraum, Wasch- und Desinfektionsraum, ein Zimmer für die Oberschwester und ein Klosett. Wie aus den beigefügten Grundrissen hervorgeht, sind die einzelnen Räume so situiert, daß der zu operierende Kranke nach einander und auf direktestem Wege die ersten fünf Räume passieren muß. Über die Einrichtung der einzelnen Räume geben außer der ausführlichen Beschreibung noch photographische Aufnahmen Aufschluß.

Durch die in den $2^1/_2$ Jahren gewonnenen Erfahrungen hat sich gezeigt, daß durch die neue Einrichtung nicht nur der Heilzweck besser erreicht worden ist, sondern daß auch der klinische Unterricht wesentlich gewonnen hat. Außer der täglich im großen klinischen Operationssaal stattfindenden chirurgischen Klinik wird nämlich einmal in der Woche eine dreistündige »Klinik aseptischer Operationen« abgehalten. In diesen Stunden wird ausschließlich operiert, und es werden zu dieser jedesmal sechs Klinizisten durch den Operationswärter eingeladen. Diese können nun aus nächster Nähe große Operationen sehen und ihren Gang in allen Einzelheiten verfolgen. Die Teilnehmer haben strenge Desinfektionsvorschriften zu befolgen, und K. glaubt, daß gerade dieser praktische Kurs in der Händedesinfektion für den zukünftigen Arzt von Wert sein werde.

Blauel (Tübingen).

17) **H. Schloffer.** **Über embolische Verschleppung von Projektilen nebst Bemerkungen über die Schußverletzungen des Herzens und der großen Gefäße.**

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Verf. schließt seine Betrachtungen an zwei in der Prager deutschen chirurg. Klinik beobachtete Fälle an. In dem ersten derselben handelte es sich um eine Schußverletzung der Brust mit ischämischer Lähmung des rechten Vorderarmes. Das Geschoß saß in der Lichtung der Art. subclavia. Extraktion desselben. Da nach dem Befunde an der Arterie, wie er durch die Operation gewonnen wurde, sowie nach dem klinischen Verlauf ein Eindringen des Geschosses in die Arterie durch die Wand desselben ausgeschlossen erscheint, da ferner nicht nur im Tierexperiment, sondern auch am Menschen ausnahmsweise eine embolische Geschoßverschleppung beobachtet und durch die Sektion bewiesen wurde, nimmt Verf. an, daß es sich in seinem Falle um einen Herzschuß mit Eintritt des Geschosses in den linken Ventrikel und embolische Verstopfung der Art. subclavia dextra gehandelt hat.

Der zweite Fall betraf eine Flobert-Schußverletzung der Art. cruralis im oberen Drittel des Oberschenkels mit Verschleppung des Geschosses in die Art. tibialis postica.

In beiden Fällen wurde das Geschoß aus der Arterie durch Resektion des betreffenden Gefäßstückes entfernt. Verf. glaubt für ähnliche Fälle, wenn nicht die Gefäß- resp. Herzverletzung im Vordergrunde des Interesses steht, eine primäre Entfernung des Geschosses aus der Arterie mit folgender Gefäßnaht emp-

fehlen zu können. Wenn dadurch auch kaum die Thrombose wird vermieden werden können, ist es doch möglich, daß sie so langsam eintritt, daß der Gefäßverschluß noch rechtzeitig durch Ausbildung eines genügenden Kollateralkreislaufes paralysiert werden kann. Blauel (Tübingen).

18) Schütze. Über einen Fall von Kopftetanus mit seltener Ätiologie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 23.)

Eine 58jährige Frau wurde von einem Pfau in die Stirn gebissen. Nach 3—4 Tagen begann die linke Gesichtshälfte zu erschlaffen, nach 8 Tagen trat Spannung der Kiefermuskeln und später Schlingbeschwerden ein. Ca. 4 Wochen nach der Verletzung Aufnahme in das Institut für Infektionskrankheiten; Injektion von 250 Immunitätseinheiten des Behring'schen Tetanusheilserums. Bei Revision der Wunde fand sich in derselben ein kleines abgebrochenes Stück des Pfauenschnabels. Kauterisation der Wunde. Impfung auf Mäuse ergab ein für Tetanusinfektion positives Resultat. Heilung. Borchard (Posen).

19) Tuffier. Ulcération tuberculeuse de la fesse consécutive à deux injections de tuberculine de Koch.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 55.)

Pat. hatte eine Pleuritis, die punktiert worden war. Nach der zweiten subkutanen Injektion von Tuberkulin bekam er Temperatursteigerung, ferner Schwellung und Rötung an der Injektionsstelle. Histologisch wurde Tuberkulose nachgewiesen. Lungen und Hüftgelenke waren gesund. **V. E. Mertens** (Breslau).

20) Hermes. Erfahrungen über Veränderungen des Wurmfortsatzes bei gynäkologischen Erkrankungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 191.)

H. hat auf Sonnenburg's Hospitalabteilung in Berlin-Moabit seit 2 Jahren bei sämtlichen gynäkologischen Laparotomien das Verhalten des Wurmfortsatzes revidiert und teilt jetzt die interessanten hierbei erhobenen Befunde mit. Es handelt sich im ganzen um 75 Fälle der verschiedenartigsten gynäkologischen Erkrankungen, bei welchen 40mal — also in 53,3% — Veränderungen des Wurmfortsatzes gefunden wurden. Das Alter und die Zahl der von den Pat. durchgemachten Entbindungen zeigte keinen wesentlichen Unterschied betreffs einer Prädisposition für die Wurmfortsatzerkrankung. Die letztere gruppiert H. in zwei Arten: 1) Der Hauptsache nach Schleimhauterkrankung, 2) peritonitische Adhäsionsbildung am Wurmfortsatz mit Membranbildung, Knickungen und Stenosen. Auf die erste Gruppe fallen von H.'s 40 Appendicitisfällen 11 (14,70%). Ein direkter Zusammenhang zwischen der gynäkologischen und der appendicitischen Erkrankung war hier nicht annehmbar. Die letztere, sich durch Hämorrhagie der Schleimhaut usw., sowie durch Gegenwart von Schleim, Eiter, Kotsteinchen charakterisierend, war bisher durchgehends ganz latent gewesen. Was die zweite Gruppe mit den periappendicitischen Verwachsungen betrifft, so ist hier eine ursächliche Wechselbeziehung zwischen beiden Affektionen durchaus wahrscheinlich; und zwar scheint nach H.'s Zählungen, welche die Fälle von entzündlich-infektiöser Salpingitis, rezidivierender Perimetritis usw. hier besonders befallen zeigen, das Genitalleiden meist das primäre zu sein. Ob zu ihm durch Weiterkriechen peritonitischer Prozesse auch die Verwachsung des Wurmfortsatzes hinzukommt, wird wesentlich von der topographischen Lage des letzteren im einzelnen Falle abhängen.

Die in den H.'schen Fällen zur gynäkologischen Operation noch hinzugefügte Appendektomie hat die Heilungsstatistik des Materials nicht verschlechtert. Nur ein Todesfall ist auf Rechnung der Appendektomie zu setzen, doch erklärt sich derselbe durch eine technisch nicht einwandsfreie Versorgung des Wurmfortsatzstumpfes, so daß desungeachtet die Wichtigkeit erhellt, bei jeder gynäkologischen Laparotomie auf etwaige latente Appendicitis zu fahnden und einen krank be-

fundenen Fortsatz zu beseitigen. Dabei macht H. mit Recht darauf aufmerksam, daß die Möglichkeit, bei der Operation außer dem Genitalleiden den Wurmfortsatz vornehmen zu können, dem äußeren Bauchschnitte gegenüber dem vaginalen einen wesentlichen Vorzug verleiht. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

21) W. Schmidt. Ein Fall von Hernia inguinalis bilocularis mit properitonealem Sack im kleinen Becken und Ektopie des Hodens.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 408.)

Gut beobachteter, im Stuttgarter Katharinenspital von v. Burckhardt operierter Fall. 24jähriger, linksseitiger Kryptorch, seit einigen Jahren mit linksseitiger Hernie, die, neuerdings eingeklemmt, mäßige Beschwerden macht. Befund: Linke Hodensackhälfte etwas ausgedehnter, mit Flüssigkeit gefüllt, sich fortsetzend in einen den Leistenkanal füllenden, kaum daumendicken Strang. Linker äußerer Bruchring für den Zeigefinger bequem zu durchdringen. Bei der Operation wird der skrotale Bruchsack unter Entleerung von 30—44 ccm Flüssigkeit gespalten. Der in ihn eingeführte Finger passiert den äußeren und den inneren Leistenring, an welchen beiden Einschnürungen tastbar. Spaltung der vorderen Leistenkanalwand. Man tastet jetzt jenseits des inneren Leistenringes Darm, überzeugt sich aber, daß dieser noch in einem abdominalen Bruchsackabteil steckt. Deshalb Laparotomie zwischen Nabel und Symphyse bei Beckenhochlagerung. Man findet im kleinen Becken, etwa in der Gegend des linken Foramen obturatorium, das Peritoneum parietale in Pfirsichgröße kugelig vorgetrieben, diese Vortreibung mit einem für den Zeigefinger eingängigen Loche, »Ostium abdominale«, des Bruchsackes versehen, und in dieser 4 cm medial von der inneren Leistenringstelle gelegenen Öffnung Darm steckend, welcher in Gestalt einer ca. 20 cm langen Schlinge extrahiert wird. Vollendung der Operation, indem der properitoneale, dickwandige, aber leicht auslösbare Bruchsack zur Herniotomiewunde herausgezogen wird, gleichzeitig mit Vas deferens. Der Hoden war bei der übrigens gut verlaufenden Operation nicht zu Gesicht gekommen, doch wies die von v. Baumgarten vorgenommene Untersuchung auf Durchschnitten der Wand des properitonealen Bruchsackes Nebenhoden- und Hodengewebe nach; »der atrophische Hoden schien vollständig in der Wand des Bruchsackes aufgegangen zu sein«. S. vermutet, daß die properitoneale Bruchsackabteilung durch die Abweichung des herabsteigenden Hodens von seinem normalen Wege entstanden ist. Dagegen hat der Scheidenfortsatz seinen normalen Weg durch den Leistenkanal in den Hodensack genommen. »Sekundär ist dann dieser an normalem Platz befindliche Processus vaginalis zum Bruchsack ausgeweitet worden.«

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

22) Grunert. Über Herniotomien im Kindesalter, insbesondere im Säuglingsalter, darunter zwei seltene Fälle von Einklemmung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 518.)

Die Arbeit berichtet über Bruchoperationen bei Kindern aus der Magdeburger Krankenanstalt Sudenburg (Oberarzt Dr. Habs). Es handelt sich aber im wesentlichen um Radikaloperationen (bei 30 Kindern, 4 davon beiderseitig bruchleidend); nur 4 Eingriffe waren eigentliche Herniotomien wegen Einklemmung. In bezug auf die Operationsresultate ergab sich ein wesentlicher Unterschied zwischen Säuglingen und älteren Kindern. Von den 13 der Radikaloperation unterzogenen Säuglingen starben 3 im Anschluß an die Operation, ein 4. später, aber auch noch an einer Operationsfolge (Abszeß im Hodensack und Lungenentzündung). Dagegen sind alle 21 etwas älteren Kinder glatt von der Operation genesen. Demgemäß empfiehlt G., von Radikaloperationen im Säuglingsalter abzusehen (es sei denn, daß Einklemmungen bestehen), dagegen späterhin von der Operation einen ausgedehnten Gebrauch zu machen. Übrigens handelte es sich stets um Leistenbrüche und dem Geschlechte nach um 33 Knaben und 1 Mädchen. 5 Kinder wurden gleichzeitig der Phimosenoperation unterzogen. Von 23 Fällen, die auf

die Frage nach Rezidiven verwertet werden konnten, zeigten 2 (8,8%) ein solches. Die neuere Literatur über Hernienradikaloperation bei Kindern ist herangezogen und referiert.

Von den 4 Fällen mit Einklemmung zeigten 2 gewöhnliche Dünndarminkarzerationen. Der 3. Fall zeigte als Bruchinhalt Blinddarm nebst Wurmfortsatz, der 4., ein fünfmonatiges Mädchen betreffend, den Eierstock mit der linken Tube. Diese Organe sind dreimal im Sinne des Uhrzeigers achsengedreht und zeigen beginnende Gangrän, weshalb sie abgetragen werden. Verf. stellt aus der Litetur noch weitere elf eingeklemmte Eierstocksbrüche bei Säuglingen zusammen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

23) **Pescatore.** Ein Fall von Volvulus bei einem 19tägigen Säugling.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 185.)

24) **Kredel.** Volvulus im Säuglingsalter.

(Ibid. Bd. LXIX. p. 90.)

In P.'s Falle, welcher an einem 19tägigen Knaben in der Marburger Anatomie zur Sektion gelangte, fand sich eine Torsion des ganzen Dünndarmes nebst dem unverwachsenen, etwas erweiterten Blind- und aufsteigenden Dickdarme drei halbe Male von rechts nach links um die bedeutend verdickte blaurote Art. mesenterica superior als Achse. Während der Magen gewöhnliche Größe zeigte, war das Duodenum in allen Teilen gewaltig ausgedehnt. P. sieht in der hier vorgefundenen fehlenden Anheftung des Colon ascendens an die hintere Bauchwand die Vorbedingung und Erklärung für die Möglichkeit, daß der ganze Dünndarm die beschriebene Achsendrehung erfuhr, von der er glaubt, sie hätte ohne diese Entwicklungsanomalie nicht entstehen können. Er schlägt deshalb auch für solche Fälle, die möglicherweise zur Operation kommen sollten, vor, nach Rückdrehung des Volvulus das Mesocolon ascendens in der Blinddarmgegend zwecks Radikalheilung zu fixieren.

K. teilt, angeregt durch P.'s Veröffentlichung, einen ganz ähnlichen Fall mit. Das Kind, $9^1/_2$ Wochen alt und durch Brechen sowie Durchfall äußerst heruntergekommen, war einige Tage vor seinem Tode in K.'s Kinderheilanstalt behandelt worden. Die Sektion ergab auch hier eine Achsendrehung des gesamten Dünndarmes, dicht unterhalb des Duodenums beginnend, und zwar von rechts nach links um 360° um die Gekröswurzel. Auch hier war das Duodenum sehr stark ausgedehnt. Aber Blind- und aufsteigender Dickdarm waren weder mit in die Achsendrehung hinein verwickelt, noch entbehrten sie einer Fixierung; sie waren vielmehr an den großen Sack des Duodenums durch eine flächenhafte bindegewebige Membran recht eng angewachsen. Die von Pescatore seinem Falle gegebene Erklärung hat mithin keine allgemeine Gültigkeit, wie auch der von ihm für die praktische Behandlung abgeleitete Operationsvorschlag. Die Operabilität solcher Fälle wird stets eine sehr mißliche sein, und muß sich das allenfalls vorzunehmende Verfahren je nach dem Befunde in der geöffneten Bauchhöhle richten.

Sowohl der P.'schen als der K.'schen Mitteilung sind Situsbilder der beschriebenen Darmverhältnisse beigegeben. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

25) **Floren.** Zur Kasuistik der chirurgischen Therapie der Darminvagination.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 11.)

Bei einem 7 Monate alten Kinde handelte es sich um eine seit 6 Tagen bestehende totale ileocoecale Intussuszeption bis zur Flexura lienalis. Durch den Kunstgriff »unter vollkommener Verzichtleistung auf jeglichen Zug an dem Intussuszeptum innerhalb des Intussuszipiens durch streichende Bewegungen immer mehr Teile der Flexura über das mehr und mehr nach oben gedrängte Intussuszeptum zu schieben«, gelang es, die Invagination auf die schonendste Weise zur Lösung zu bringen, obwohl schon serös-fibrinöse Verklebungen vorhanden waren. Heilung. **Herm. Frank** (Berlin).

26) Parona. Note ed appunti all' operazione del Talma nell' ascite da cirrosi epatica.

(Policlinico 1903. Ser. chir. Nr. 2.)

Drei Fälle, einmal ohne Erfolg. In den beiden anderen war trotz unvollkommener resp. wenig ausgedehnter Fixation des Netzes der Erfolg so rasch und vollkommen, daß A. die Frage aufwirft, ob derselbe wirklich in einer Ableitung des Pfortaderblutes in neue Bahnen besteht; er glaubt vielmehr an eine Verbesserung der Zirkulation und Resorption der Bauchhöhle durch die Laparotomie an sich ähnlich wie bei tuberkulöser Peritonitis. Die Ausführungen sind mehr allgemein gehalten als beweisend. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

27) O. Hildebrand. Beitrag zur Talma'schen Operation.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 373.)

H. teilt einen Fall aus seiner Baseler Klinik mit, in dem ein gutes Endresultat erzielt wurde. 28jähriges Mädchen, das als Kind an Knochentuberkulose litt, mit Aszites und Milzgeschwulst, letztere schon seit dem 13. Lebensjahre bestehend. Bei der Laparotomie finden sich sehr stark erweiterte Venen unter dem Bauchfell, die beim Schnitt schwer zu vermeiden waren, auch im Netze weite Venen. Milz zeigte milchig getrübte Oberfläche bei ziemlich weicher Konsistenz. Leber derb, mit unebener Oberfläche (Cirrhose). In den Peritonealspalt wurde ein Netzzipfel eingelegt, um hier zu verwachsen, und die Bauchwunde geschlossen, ohne daß jedoch das Bauchfell der im Wege stehenden Venen wegen genäht werden konnte. Zunächst kam der Aszites nebst Leibesschwellung wieder, dazu auch Beinödeme, und verließ Pat. mit schlechtem Allgemeinbefinden die Klinik. Zu Hause mußte der Aszites noch einmal punktiert werden, dann trat stetige Besserung ein, so daß in einiger Zeit die störendsten Symptome beseitigt waren. Dies blieben sie auch, und nach der letzten Krankengeschichtsnotiz, $2^1/_2$ Jahre nach der Operation, ist Pat. geheilt, hat keinen Aszites mehr und kann wieder tätig sein und arbeiten. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

28) E. Ullmann. Leberresektion wegen Gumma.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 6.)

Die ca. mannsfaustgroß über die Leber hinaus fühlbar ragende Geschwulst konnte nicht mit Bestimmtheit als luetisch angesprochen werden. Da Karzinom in Frage kam, wurde sie exstirpiert, die nicht unbeträchtliche Blutung durch Anpressen der Leber mittels langer durchgesteckter Nadeln an die Bauchwunde gestillt. Die Geschwulst wird mit dem umgebenden Lebergewebe herausgeschnitten. Heilung. Der Fall stellt die achte wegen Gumma ausgeführte Leberresektion vor. Fünf Fälle gingen in Heilung aus, drei endeten tödlich.

Herm. Frank (Berlin).

29) Vaccari. Su un caso raro di cisti da echinococco del fegato suppurata.

(Clinica chirurgica 1903. Nr. 3.)

Der beschriebene Fall verdient deshalb Interesse, weil die Echinokokkuscyste die Bauchwand hernienartig vorgestülpt hatte und den Inhalt des Bruchsackes bildete. Der Bruchring wurde von den Fasern des M. obliquus ext. gebildet. Infolge dieser günstigen Lage brauchte man die Zystenwand nicht mit dem Peritoneum perietale zu vernähen, sondern konnte die Zyste gleich öffnen und die Ränder mit der äußeren Haut vernähen. Die Heilung erfolgte nach 6 Monaten.

Langemak (Rostock).

30) Mauclaire. Greffe de l'épiploon dans un kyste hydatique marsupialisé et compliqué de cholerragie.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 50.)

Die 29jährige Frau war seit 3 Jahren krank, erbrach seit 24 Stunden und fieberte.



Die Leber war in allen Richtungen verbreitert und reichte bis zur Crista oss. ilei hinab.

Nach Probepunktion Schnitt am äußeren Rande des rechten M. rectus. Es fand sich ein Leberechinokokkus. Nach seiner Ausräumung wurde das Bauchfell drainiert, eine große Mutterblase abgetragen und die Ränder mit der Haut vereinigt.

Nach 2 Tagen begann hier sehr reichliche Gallensekretion. Als diese unvermindert 3 Monate angehalten hatte, wurde ein Versuch gemacht, die ganze Wand zu exstirpieren. Er mißlang. Nun zog M. das Netz heran und befestigte es mit Catgutnähten in der Wundhöhle wie einen Tampon. Schon am Tage darauf war der Verband kaum gefärbt. Das Netz heilte ein, ohne daß etwas nekrotisch abgestoßen wurde.

V. E. Mertens (Breslau).

31) **Neugebauer.** Askaris im Ductus choledochus. Choledochotomie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 2.)

Zu 64 Fällen von Askariden in den Gallengängen und der Leber, die Sick im Jahre 1901 veröffentlichte, fügt N. einen neuen, eine Pat., bei der sich ein Spulwurm im Choledochus aufhielt und zu Erscheinungen geführt hatte, welche denen des Choledochusverschlusses durch Gallensteine glichen und zur Operation nötigten. Bei dieser fand sich dann neben 2 Steinen der Askaris. N. erörtert die Frage, ob die Würmer häufig zur Steinbildung Anlaß gäben, und glaubt diese Frage verneinen zu können. Umgekehrt ist er der Anschauung, daß Steine in den Gallenwegen das Eindringen von Spulwürmern begünstigen können, und diese Reihenfolge, erst Steinbildung, dann Eindringen des Wurms, nimmt er auch für seine Kranke an, bei welcher nach seinen Literaturstudien wohl zum erstenmal am Lebenden ein Spulwurm aus dem Choledochus extrahiert wurde. Innere Mittel sind wahrscheinlich fruchtlos für eine beabsichtigte Austreibung. Würde also die Diagnose auf Würmer in den Gallenwegen gestellt werden, so müßte man nach probeweiser Wurmkur zur Operation schreiten.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

32) **O. Hildebrand.** Ein weiterer Beitrag zur Cholecystogastrotomie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVI. p. 379.)

H. hat bereits in einem früheren Falle wegen Gallenstauung mit gutem Erfolg eine Gallenblasen-Magenfistel angelegt (s. d. Bl. 1902 p. 662). Im letzten Jahre hat er dreimal Gelegenheit gehabt, diese Operation zu wiederholen, wobei es sich immer um Stauung durch Karzinome handelte, und zwar zweimal um ein den Choledochus komprimierendes Pankreaskarzinom, einmal um ein Gallenblasenkarzinom mit sekundären Geschwülsten. Grund zur Operationsindikation war, daß die Gallenblase mit dem Jejunum nur schlecht oder gar nicht, ganz bequem aber mit dem Magen anastomosierbar war. Es wurde der Blasengrund nahe dem Pylorus auf die Magenvorderwand aufgenäht und um die Nahtstelle ein kleiner Gazestreifen als Drain umgelegt. Der Wundheilungsverlauf war stets gut, obwohl zweimal eine kleine, Galle und später auch etwas Mageninhalt entleerende Fistel eintrat, die sich aber bald schloß. Irgendwelche Nachteile hat die Einleitung der Galle in den Magen nicht bewirkt, dagegen hat ihre Abführung den vorher bestehenden hochgradigen Ikterus nebst Hautjucken gut beseitigt. Zwei Kranke verließen die Klinik in befriedigendem Zustande, der dritte (Gallenblasenkarzinom) verfiel und starb nach anfänglicher Besserung am Weiterwuchern der Neubildung. Die Operation, welche bei Unausführbarkeit einer Gallenblasen-Dünndarmfistel vor einer Gallenblasen-Dickdarmfistel den bedeutenden Vorzug besitzt, daß sie eine physiologische Gallenausnutzung vermittelt, verdient weitere Empfehlung. Die Details von H.'s neuen Fällen sind aus den beigefügten Krankengeschichten ersichtlich.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 35. **Sonnabend, den 29. August.** **1903.**

I.

(Aus der chirurgischen Abteilung des Luisenhospitals in Aachen.)

Die Aufklappung des Rippenbogens zur Erleichterung operativer Eingriffe im Hypochondrium und im Zwerchfellkuppelraum.

Von
Prof. Dr. **Georg Marwedel,**
Oberarzt.

Trotz der großen Fortschritte, die die Abdominalchirurgie in den letzten 30 Jahren gemacht hat, existieren immer noch gewisse Partien der Bauchhöhle, die unserem operativen Machtbereich nur schwer oder gar nicht zugänglich sind. Es sind dies im wesentlichen die unter dem Zwerchfell gelegenen oberen Räume des Leibes, zu denen vorzudringen Verletzungen und Erkrankungen der Leberkuppe, des Zwerchfells oder der Pars cardiaca des Magens Veranlassung bieten können. Das Haupthindernis, das sich uns dabei in den Weg stellt, liegt in der starren Wand des unteren Brustkorbabschnittes, der sich vor den spaltförmigen Eingang vorlegt und den nötigen Einblick verwehrt.

Bei subphrenischen oder hochsitzenden intrahepatischen Abszessen und Zysten hat man bekanntlich sich derart geholfen, daß man von außen durch Rippenresektion, eventuell auf transpleuralem Wege, zur Leberkonvexität vordrang, oder man ist dem Beispiel Lannelongue's gefolgt, der sich Platz durch Resektion des 8. bis 11. Rippenknorpels oder -Knochens verschaffte. Die Lannelongue'sche Operation gibt gewiß breiteren Zugang, doch stellt sie immerhin einen ziemlich großen Eingriff dar. Bei weitem blutiger und gefährlicher ist das Auskunftsmittel, das Micheli[1] erdacht hat. Er empfiehlt, einen großen Thorako-abdominallappen mit oberer Basis zu bilden, dessen Seitenschnitte durch die ganze Brustwand (Rippen und Interkostalräume), Zwerchfell und Peritoneum — mit Schonung der Pleura(!) — hindurchgehen; der mächtige Weichteilbrustwandlappen wird nach oben geklappt.

Die Micheli'sche Methode ist meines Wissens am Lebenden nicht erprobt worden. Dagegen hat v. Mikulicz[2] zweimal bei Gelegenheit der Resektion eines Kardia- und Ösophaguskarzinoms einen aufklappbaren Lappen aus dem linken Rippenbogen gebildet, das erstemal in annähernd ähnlicher Weise wie Micheli, wobei er allerdings durch vorausgeschickte Umstechungsligaturen, die von Inter-

---

[1] X. italienischer Chirurgenkongreß 1895.

[2] Cf. bei Gottstein, Technik und Klinik der Ösophagoskopie. Mitteilungen aus den Grenzgebieten Bd. VIII.

kostalraum zu Interkostalraum durch die ganze Brustwand geführt waren, die Blutung einzuschränken und Zwerchfell und den Komplementärraum der Pleura abzusteppen suchte. In einem zweiten Falle operierte er folgendermaßen: ein medianer Schnitt zieht vom Schwertfortsatz zum Nabel, ein zweiter senkrecht dazu nach außen bis zur linken Axillarlinie. Drei weitere Schnitte legten je die 7., 8. und 9. Rippe nahe der Knorpelknochengrenze frei, wonach die betreffenden Rippenknorpel durchtrennt wurden. Infolge der Infraktion der Rippen ließ sich der große Weichteillappen samt dem Rippenbogen nach links umklappen und legte den Zugang zur Cardia frei. Beide Pat. v. Mikulicz's, bei denen eingreifende Resektionen der Cardia nachfolgten, starben kurz nach der Operation.

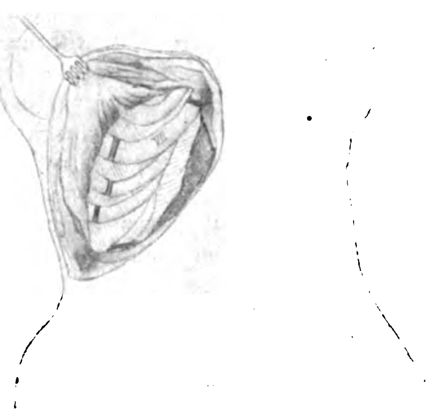


Fig. 1.

In folgendem möchte ich eine Methode beschreiben, die ich — ohne Kenntnis der v. Mikulicz'schen Erfahrungen — seit $2^1/_2$ Jahren in mannigfachen Versuchen an der Leiche erprobt und vor kurzem am Lebenden mit Erfolg ausgeführt habe. Sie scheint mir bei weitem einfacher und schonender wie die vorgenannte zu sein und hat den besonderen Vorteil, daß dabei nur ein Hautschnitt, eben der Laparotomieschnitt, notwendig ist.

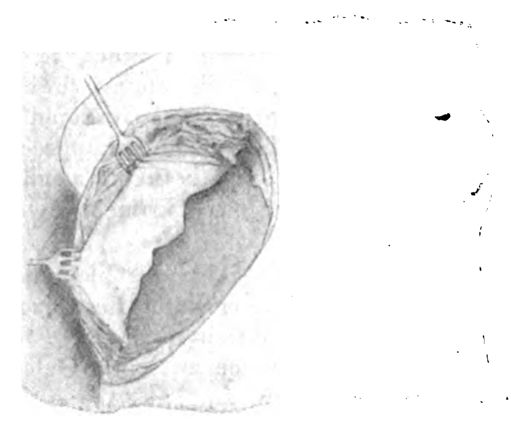


Fig. 2.

Als Bauchschnitt wählte ich einen bogenförmigen Schnitt, zwei Querfingerbreiten vom Rippenbogen entfernt, vom Processus ensiformis bis etwa zur zehnten Rippe dem Rippenbogen parallel verlaufend. Wenn man den oberen Schnittrand auseinander faltet, so wird unter dem M. rectus und Obliquus externus, zwischen diesen einerseits und dem obliquus internus bezw. transversus andererseits, der Rippen-

bogen sichtbar. Man braucht nur in der betreffenden Spalte vom oberen Ende des Schnittes aus etwas nach außen zu dringen, um sofort auf den Knorpel der 7. Rippe zu stoßen, der nahe an seinem sternalen Ende mit dem Messer durchtrennt wird. Nach unten und außen legt man sich durch stumpfes Abheben des Rectus und Obliquus externus von der Unterlage die 9., 8. und 7. Rippe bis an oder über die Knorpelknochengrenze hinaus frei. Das gelingt leicht und unblutig, da die betreffenden Muskeln höher oben am Thorax entspringen und mit den unteren Partien des Rippenbogens in der Regel bloß durch einige feine, lockere Faserzüge zusammenhängen. Die genannten Rippenknorpel werden an der Grenze gegen den Knochen mit dem Messer durchschnitten (s. Fig. 1). Nun legt man den Hautmuskellappen wieder auf die Rippen und klappt — durch Einsetzen scharfer Haken an den oberen Peritonealwundrand — den ganzen mobil gewordenen Brustwandabschnitt nach außen um, wodurch ein überraschend breiter Zugang zum Hypochondrium freiliegt (s. Fig. 2).

In der Regel wird es genügen, die Durchtrennung obiger Rippen innerhalb des Knorpels vorzunehmen; nach Bedarf kann aber auch die Trennung weiter nach außen im Bereich der Knochen vorgenommen werden, event. mit Hinzunahme weiterer Rippen. An der 8. und 9. Rippe kann bei der oben beschriebenen Weise eine Nebenverletzung nicht vorkommen. Von der 7. Rippe an ist Vorsicht auf die dahinterliegende Pleura notwendig, vor deren Läsion man sich aber leicht schützen kann. Medial ist nur die Durchtrennung der 7. Rippe nötig, da die nach unten folgenden Rippen das Sternum nicht erreichen, sondern sich an die vorhergehenden Rippen ansetzen. Zuweilen nur hat man noch eine knorplige Verbindung zwischen 6. und 7. Rippenknorpel zu durchschneiden.

Macht man die Aufklappung rechts, so tritt, wie Fig. 2 zeigt, sofort ein großes Stück der vorderen Leberfläche zutage, von der aus man leicht bis zur Leberkuppe gelangt. Durch Inzision des Lig. suspensorium hepatis kann noch weiterer Zugang geschaffen werden, wobei man das Ligament benutzt, um die Leber abwärts zu ziehen.

Daß die linksseitige Aufklappung einen ausgezeichneten Zugang zu den oberen Partien des Magens und zu der Cardia gewährt, hatte ich durch eine am 6. Juni dieses Jahres ausgeführte Operation am Lebenden zu sehen Gelegenheit.

Es handelte sich um einen 20jährigen Pat. mit spindelförmiger Erweiterung der Speiseröhre infolge von sog. Kardiospasmus. Die spastische Stenose saß 42 cm hinter der Zahnreihe. Nachdem lange Zeit durchgeführte Sondenbehandlung usw. resultatlos verlaufen, machte ich bei dem Kranken in der geschilderten Weise eine Aufklappung des linken Rippenbogens, um den an der Cardia vermuteten Sitz der spastischen Striktur zu erreichen und durch eine

Kardioplastik[3] zu beseitigen. Nach Freilegung der Cardia zeigte sich jedoch — durch eine in Narkose eingeführte Sonde und gleichzeitige Kontrolle der Speiseröhre und Cardia mit dem Finger von der Bauchhöhle aus —, daß der Spasmus oberhalb des Zwerchfells lokalisiert war und von unten aus nicht zu erreichen war. So mußte die beabsichtigte Plastik unterbleiben. Im übrigen war aber der Nachweis erbracht worden, daß die hier zum erstenmal am Lebenden angewandte Aufklappungsmethode des Rippenbogens einen ausgezeichneten Zugang zum Zwerchfellkuppelraum gewährt. Die Freilegung des Rippenbogens, Durchschneidung der Rippen war in wenigen Minuten ausgeführt, der Lappen ließ sich ebenso leicht wieder zurückklappen, die Bauchwunde heilte per primam, und jetzt — 7 Wochen nach der Operation — sind die Rippen fest und, ohne Beschwerden zu hinterlassen, verheilt.

Aachen, 25. Juli 1903.

II.

Cholecystenterostomie verbunden mit Enteroanastomose.

Von

Dr. D. Maragliano,

Assistenzarzt in Berlin.

In Nr. 29 des »Zentralblatts für Chirurgie« hat Herr Prof. Borelius bei der Maydl'schen Operation, um die aufsteigende Infektion der Harnwege zu verhüten, eine Anastomose an der Flexura sigmoidea vorgeschlagen. Von demselben Prinzip ausgehend hat Herr Prof. Fedor Krause seit vielen Jahren mit der Cholecystenterostomie eine weite Enteroanastomose zwischen zu- und abführender Dünndarmschlinge verbunden, um dadurch einer Infektion der Gallenwege vorzubeugen. Diese Gefahr, welche schon in gewissem Grade bei Implantierung der Gallenblase ins Duodenum besteht, ist in höherem Maße in den Fällen zu fürchten, wo die Ausführung der Cholecystoduodenostomie infolge von bestehenden Verwachsungen zu große Schwierigkeiten bietet und deshalb eine Fistel zwischen

---

[3] Anm. Ich hatte die Absicht, die Stelle des Spasmus längs zu spalten und in querer Richtung, ähnlich dem Vorgang bei der Pyloroplastik, durch Naht zu vereinigen. Den Gedanken eines derartigen therapeutischen Eingriffs bei spindelförmiger Erweiterung im unteren Abschnitt der Speiseröhre habe ich schon im Jahre 1900 zu Heidelberg im Anschluß an einige von Prof. Fleiner im naturhistorisch-medizinischen Verein vorgeführte Demonstration analoger Fälle geäußert und damals speziell zu diesem Zwecke die Aufklappung des Rippenbogens erdacht und an der Leiche erprobt. Im Jahre 1901 hat auch Gottstein (l. c.) für eine, und zwar extramuköse Kardioplastik plaidiert. Nach meiner, in obigem Falle gemachten Erfahrung, sowie nach weiteren klinisch und anatomisch genau untersuchten Fällen aus dem hiesigen Luisenspital, die demnächst publiziert werden sollen, scheint es in der Tat fast, als ob der Spasmus in der Regel nicht an der Cardia, sondern meist oberhalb des Zwerchfells an der Speiseröhre selbst seinen Sitz hat.

Gallenblase und Jejunum angelegt werden muß. In der Tat ist in einer Anzahl von Fällen eine schwere Infektion der Gallenwege beobachtet worden (Dujardin-Beaumetz, Kehr, Pendl). Einer solchen Gefahr kann die Anlegung einer Enteroanostomose aus theoretischen Gründen vorbeugen; denn folgende Vorteile sind durch das Verfahren bedingt:

Erstens wird die Menge des Darminhalts, die an der Öffnung der Gallenblase vorübergeht, auf ein Minimum verringert, da sein größter Teil, wenn nicht alles, durch die Anastomose hinabgleiten muß. Ferner wird der Druck, der vom Darm aus auf die Gallenwege ausgeübt wird, erheblich herabgesetzt. Infolgedessen wird eine Stauung der Galle verhindert. Gestützt werden diese theoretischen Ausführungen durch die von Rudsiewsky (Grenzgeb. 1902) mitgeteilten Tierversuche, welche ergaben, daß die Gefahr einer Infektion der Gallenwege nach der Cholecystenterostomie nicht in Betracht kommt, so lange keine Stauung des Sekrets stattfindet. Daß in der Tat eine solche bei der einfachen Cholecystenterostomie vorkommen kann, beweist der Fall von Pendl, in dem sich bei der Obduktion eine bedeutende Erweiterung der Gallenwege herausstellte.

Den Vorteilen der Enteroanastomose stände als einziger Nachteil die Verlängerung der Operation gegenüber; diese ist aber so unbedeutend, daß sie ruhig außer acht gelassen werden kann.

Als Beispiel zu Gesagtem mag folgender, von mir beobachteter Fall kurz erwähnt werden.

C. T., 50 Jahre. Bei dem seit 2 Monaten äußerst stark ikterischen Pat. fühlte man die Gallenblase als einen etwa apfelgroßen harten Tumor. Der Stuhl war vollkommen acholisch, der Urin enthielt große Mengen von Gallenfarbstoff.

Am 4. Februar 1903 wurde von Herrn Prof. F. Krause die Laparotomie bei dem Pat. ausgeführt, wobei man ein mit der Umgebung verwachsenes Karzinom im Bereiche des zweiten Duodenalabschnittes fühlte. Wegen der überaus starken Cholämie des Pat. wurde eine Anastomose zwischen der prallgefüllten Cystis fellea und dem obersten Teil des Jejunum angelegt, da die Cholecystoduodenostomie sich wegen der ausgedehnten Verwachsungen als unmöglich erwies. Schließlich wurde zwischen zu- und abführender Jejunumschlinge, 18 cm unterhalb der Stelle der Cholecystojejunostomie, eine sehr breite Anastomose hinzugefügt.

Pat. überstand den Eingriff vortrefflich, am 10. Februar war der Stuhl zum erstenmal nach der Operation gallig gefärbt; schon eine Woche später begann die gelb-grünliche Farbe an den Extremitäten abzublassen.

Allmählich aber verschlechterte sich der Zustand des Pat., der sich in den ersten zwei Wochen nach der Operation erholt hatte, und es fand trotz der ständigen Verringerung des Ikterus eine solche Abnahme der Kräfte statt, daß am 8. März der Exitus unter dem Bilde der karzinomatösen Kachexie erfolgte.

Die Temperatur war immer unter 37° gewesen. Bei der Obduktion fand sich ein mit dem Duodenum verwachsenes Karzinom des Pankreas. Die Gallenblase war von normaler Größe, von ebensolcher Beschaffenheit die Gallenwege, ihre Mucosa gesund. Die Cystis fellea kommunizierte mit dem Jejunum durch ein Loch von Kleinfingerdicke; der neugeschaffene Weg funktionierte vorzüglich.

1) E. v. Leyden und F. Klemperer. Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts; in akademischen Vorlesungen. Lief. 63—86.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1902/03.

Bei dem raschen Fortschreiten der Lieferungsausgabe liegen die zwei ersten Bände des Sammelwerks — über allgemeine Pathologie und Therapie wie über Infektionskrankheiten — vollendet vor, jeder mit einem genauen Register des Inhalts versehen, das eine schnelle Orientierung ermöglicht. Aus den vorstehend bezeichneten Lieferungen nenne ich, als den Chirurgen spezieller interessierend, die Vorträge über Massage (Bum), Gymnastik (Jacob), Röntgenuntersuchungen (Grunmach), Rückgratsverkrümmung (Vulpius), tuberkulöse Koxitis (Franz König), Pseudoleukämie (Senator), Sepsis (Jürgensen), Aktinomykose (Nicolaier), Echinokokkenkrankheit (Peiper), Syringomyelie (Schultze), möchte aber nicht unterlassen, auch das Studium der Vorträge aus der allgemeinen Pathologie und Therapie wie solche aus den anderen Abschnitten der speziellen Pathologie zu empfehlen, in denen von sachkundigster Hand unser jetziges Wissen dargestellt ist. **Richter** (Breslau).

---

2) H. Gaylord. On the evidence of nuclear division of certain cell inclusions in cancerous epithelium.

(Buffalo med. journ. 1903. Mai.)

Nach einem geschichtlichen Überblick über die von den verschiedenen Autoren gefundenen vogelaugenähnlichen Einschlüsse im Krebsepithel wendet sich Verf. gegen die Deutung dieser Gebilde als Zelldegenerationen. Hiergegen spricht, daß sie nur in bösartigen Geschwülsten in charakteristischer Weise vorkommen. Gegen die Deutung als Zentrosomen (Borrel u. a.) ist anzuführen, daß sie oft in großer Anzahl in einer einzelnen Zelle gefunden werden, und daß gleichzeitig in der Zelle vorhandene Zentrosomen deutlich von ihnen unterschieden werden können. G. widerlegt weiterhin die Anschauungen, daß es sich um zerfallene rote Blutkörperchen, um Sekretionsgranula oder um Wirkungen des Härtungsprozesses der Präparate handle, und betont die große Ähnlichkeit zwischen den Vogelaugeneinschlüssen und den in das Protoplasma einer Zelle eingeschlossenen Sporen der Plasmodiophora brassicae. Zahlreiche eigene Experimente führen G. zu dem Schluß, daß diese Sporen, eingeschlossen in Phagocyten von Warm- und Kaltblütern und nach denselben Methoden wie die Vogelaugeneinschlüsse fixiert und gefärbt, von letzteren nicht unterschieden werden können. Außerdem findet man in den Krebseinschlüssen eine Reihe von Veränderungen, welche genau dem Prozeß der Kernteilung gleichen, wie er von Nawaschin in der amöboiden Form der Plasmodiophora brassicae

beschrieben wurde. Beides spricht für den parasitären Ursprung der Krebseinschlüsse. (1 Tafel, 21 Figuren im Text.)

Mohr (Bielefeld).

---

3) Hildebrandt. Zur Erklärung der Explosionsschüsse. (Aus der chirurgischen Universitätsklinik des Herrn Geheimrat Prof. König in Berlin.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 25.)

H. führt die Explosionschüsse auf die Wirkung in Bewegung gesetzter Teile des flüssigen Mediums, nicht auf die Übertragung einer Druckspannung zurück. Die Bewegungen, welche ein fliegendes Geschoß in einer Flüssigkeit hervorruft, sind nach H. genau dieselben und gehen mit derselben Regelmäßigkeit vor sich, wie die Widerstandsströmungen um einen mit geringer Geschwindigkeit vorwärts bewegten Körper von derselben Gestalt. Die rückwirkende Kraft des Geschosses, d. h. die Bewegung von seiten des Mediums in der Richtung auf den Schützen zu, erklärt sich daraus, daß die verdrängte Flüssigkeit an der Vorderseite des Geschosses, welches unter hohem Drucke steht, nach dem Gebiet des Minderdrucks auf der Rückseite strömen muß. Da das absolute Druckmaximum mitten vor dem Geschoß, das absolute Druckminimum hinter demselben (in der Rotationsachse des Wirbelringes) liegt, die Druckhöhe nach der Seite hin ab- resp. zunimmt, so verringert sich auch die Geschwindigkeit der rückläufigen Strömung in der Flüssigkeit nach der Seite zu, d. h. die rückwirkende Kraft ist in der Richtung auf den Einschuß zu am größten. Durch das Geschoß werden im flüssigen Medium ferner in der Schußrichtung Wellen und Wirbelbewegungen hervorgerufen, durch welche der Stoß des Geschosses einmal auf ein breiteres Feld und zweitens auf einen größeren Zeitraum verteilt wird, während das Geschoß wie eine Stange wirkt. Da die Geschwindigkeit der Wellen vor resp. hinter dem Geschoß am größten ist, um in den schräg liegenden Seitenästen abzunehmen, so ist auch die Wirkung des Geschosses nach vorn in der Richtung auf das Ziel am intensivsten und verringert sich nach der Seite zu. Die Seitenwirkung ist abhängig von der Kohäsionskraft der Moleküle des Mediums; je größer letztere, desto kleiner erstere; es ist dieselbe daher im Leben kleiner als nach dem Tode, wenn die Zellen aus ihrem Zusammenhang gelöst sind. Die Sprengung des Schädels bei Schüssen aus geringer Entfernung erklärt sich durch den Angriff der Gewalt nur in der nächsten Umgebung der Schußöffnungen; die zirkulären Spaltungen stellen Biegungsbrüche dar, die radiären sind die Folge der Keilwirkung der Kraft. Sämtliche Teile des Mediums, welche durch das Geschoß in Bewegung gesetzt werden, nehmen ihren Lauf einmal entlang dem Schußkanal und zweitens in der Richtung des geringsten Widerstandes. Hierauf gründet sich die Erklärung der Krönlein'schen Schädelschüsse.

Kramer (Glogau).



4) **G. K. Dickinson.** Theory and practice of spinal Cocainization.

(New York med. record 1903. Februar 7.)

D. hat die Bier'sche spinale Anästhesie an mehr als 200 Fällen ohne üble Folgen ausgeführt und besonders in den letzten 135 Fällen Übelkeit und Erbrechen auf ein Minimum reduziert gefunden, seit er ebenso viel Flüssigkeit erst austropfen läßt, wie er dann einspritzt und chemisch reines Kokain verwendet.

Die Herstellung der Lösung geschieht so, daß von einer 2%igen in sterilisiertem Wasser bereiteten Lösung je $1^1/_2$ ccm in kleine Glaskapseln gebracht, je 4 Stunden 4 Tage hintereinander in einer Temperatur von 80° C gehalten werden (nach Van Horne).

Eine spätere Überwachung des Pat. ist selbstverständlich, wie bei jeder Narkose, nötig.

In 3—5 Minuten sind die unteren Extremitäten unempfindlich, für Brust und Kopf sind 30 Minuten nötig.

Die Allgemeinerscheinungen pflegen nach 20 Minuten einzutreten; Vergiftungserscheinungen werden dem Isotropylkokain, einem sehr starken Herzgift, als Verunreinigung zugeschoben.

Eine genaue Beschreibung der bekannten Injektionstechnik ist beigegeben. **Loewenhardt** (Breslau).

---

5) **Becker.** Über eine neue Verbindung des Anästhesins zur subkutanen Injektion »Subcutin« (Dr. Ritsert). (Aus dem städtischen Diakonissenhause (chir. Abt.) Frankfurt a. M.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 20.)

Mit Einspritzungen sterilisierter 2—2,5%iger Mandelöllösungen des Anästhesins läßt sich zwar ebenso wie mit solchen von Lösungen des salzsauren Anästhesins in Wasser eine vollständige Anästhesie erreichen; doch haben diese Injektionen mancherlei Nachteile, die letzteren besonders leicht örtliche Reizungen zur Folge. Sehr Günstiges ergaben die mit der paraphenolsulfosauren Verbindung des Anästhesins, dem »Subcutin«, gemachten Versuche. Das Mittel, in Lösung haltbar und beim Kochen beständig, wurde in erwärmter 0,8—1%iger Lösung mit mit 0,7% Kochsalz sowohl zur Schleich-schen Infiltration, als auch nach der Oberst'schen Methode verwandt und führte nach 2—3 Minuten zu sicherer Anästhesie ohne entzündliche Reaktions- und ohne Intoxikationserscheinungen. B. empfiehlt es deshalb als wertvollen ungiftigen Ersatz des Kokains in vielen Fällen. **Kramer** (Glogau).

---

6) **Schulz.** Über Ätherlähmungen.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1903. Hft 6.)

S. hat infolge einer subkutanen auf der Rückenseite des Unterarmes ausgeführten Äthereinspritzung bei einem Musketier eine unvollkommene Lähmung des rechten N. rad. beobachtet, welche den

langen und kurzen Streckmuskel des Daumens und den eigenen Strecker des kleinen Fingers betraf. Aus der Literatur konnte er feststellen, daß fast alle bis jetzt nach Äthereinspritzungen entstandenen Lähmungen unvollkommene waren insoforn, als die Auswärtsdreher des Armes (Supinator longus und brevis), sowie der lange und kurze äußere Speichenmuskel (Extensor carpi radialis longus und brevis) verschont blieben. Es hat das darin seinen Grund, daß meist unterhalb der Austrittsstelle des tief liegenden Zweiges des Speichennerven eingespritzt wird.

Außer den motorischen Lähmungen entstehen nach Ätherinjektionen auch noch Empfindungslähmungen (Anästhesien) an der Rückenfläche des Unterarmes; auch Störungen in der Erregbarkeit der Unterarmmuskeln wurden beobachtet. Die selteneren Lähmungen des tieferliegenden Speichennerven können eintreten, wenn die Kanüle der Spritze in die Muskulatur gestoßen wird; bleibt die Kanüle jedoch zwischen Haut und Muskelhaut, so kommt es nur zur Lähmung einzelner feiner oberflächlicher Muskeläste.

Die Prognose der Ätherlähmungen ist günstig, die Behandlung besteht in der Anwendung des faradischen Stromes. Zur Verhütung der Lähmungen empfiehlt es sich, die Verletzung der Muskelhaut zu vermeiden, was an fettreichen Körperstellen (Brust) leichter ist als an fettarmen.

Herhold (Altona).

---

7) **H. Cushing** (Baltimore). On the avoidance of shock in major amputations by cocainization of large nerve-trunks preliminary to their division.

(Annals of surgery 1902. September.)

In der vorliegenden, in mehr als einer Beziehung sehr lesenswerten Arbeit beschäftigt sich C. mit der Frage des Choks, insbesondere nach großen operativen Eingriffen, wie z. B. der Entfernung des Schultergürtels wegen bösartiger Geschwülste.

C. teilt im wesentlichen die Ansicht von Crile, Dabney, Tixier, indem er den Chok für die Folge einer primären reflektorischen Gefäßlähmung und daraus resultierenden Herabsetzung des Blutdrucks im Gehirn und besonders in der Medulla oblongata hält. Danach richtet sich auch sein Vorgehen bei großen Operationen an den Extremitäten. Um die Reflexbahnen auszuschalten, kokainisiert er bei Absetzung großer Gliedmaßen die großen Nervenstämme vor ihrer Durchschneidung zentral von der beabsichtigten Durchschneidungsstelle. Als Beweis für die Richtigkeit seines Vorgehens berichtet er über zwei Fälle von Entfernung des ganzen linksseitigen Schultergürtels wegen Sarkom.

Fall 1 betraf eine 41jährige Frau. Bei ihr wurde eine Kokainisierung nicht vorgenommen, und es folgte der Durchschneidung des Plexus brachialis unmittelbar ein starkes Sinken des Blutdrucks und schwerer Chok.

Fall 2 betraf einen 42jährigen Mann. Es wurden die einzelnen Äste des Plexus brachialis vor ihrer Durchschneidung kokainisiert, und es blieb nicht nur

ein Chok aus, sondern der Blutdruck hob sich sogar gleich nach der Durchschneidung der Nerven, nachdem er vorher (infolge der Zerrung des Plexus) etwas gesunken war.

Blutverlust und schon bestehende Anämie hält C. nur für prädisponierende Momente. Chloroform darf bei derartig eingreifenden Operationen nie angewandt werden, da es ebenfalls den Blutdruck herabsetzt. Statt dessen wendet C. stets Äther an und läßt während der Operation dauernd den Blutdruck registrieren, was er für viel wichtiger erklärt als eine Kontrolle der Pulsfrequenz.

Für C.'s Theorie spricht auch die von ihm bekannte Erfahrungstatsache, daß z. B. bei Mammaamputation viel seltener Chok beobachtet wird als bei Absetzung großer Extremitäten, und Verf. erklärt diese Erscheinung damit, daß bei der Amputatio mammae keine großen Nervenstämme durchtrennt werden.

Physiologische Betrachtungen folgen den klinischen Beobachtungen, deren Wiedergabe hier zu weit führen würde.

Die Esmarch'sche Blutleere vermeidet C. möglichst ganz, um der nachfolgenden passiven Hyperämie der peripheren Partien vorzubeugen.

Den interessanten und beachtenswerten Ausführungen beigegeben sind mehrere Photographien Operierter und eine Anzahl von Blutdruckkurven, welche während der Operationen aufgenommen sind.

Seefisch (Berlin).

---

8) **O. Hildebrand.** Zur Resektion des dritten Astes des Trigeminus am Foramen ovale.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Verf. empfiehlt zur Resektion des dritten Trigeminusastes am Foramen ovale eine Methode, welche sich ihm in einem Falle sehr gut bewährt hat. Es wurde ein vortreffliches kosmetisches Resultat erreicht, der Augenfacialis dabei vollständig unberührt gelassen. Es wird am oberen Rande des Jochbogens ein Schnitt geführt, welcher nach hinten bis zur Wurzel des Jochbogens geht, darauf wird ein senkrechter Schnitt vor dem Ohre, etwa 2 cm nach oben und 2 cm nach unten reichend, gesetzt. Vom Ende des Proc. zygomaticus des Schläfenbeins, dem vorderen Ende des queren Schnittes, geht ein 2 cm langer Schnitt schräg nach hinten in der Richtung der zum Orbicularis oculi verlaufenden Fasern des Nerv. facialis. Es wird damit eine Lappenbildung zur Dislokation des zu durchsägenden Jochbogens nach unten und andererseits des M. temporalis nach oben vorn ermöglicht. Es wird nun der halbmondförmige Ausschnitt zwischen Proc. condyloideus und coronoideus des Unterkiefers freigelegt und dieser Raum dadurch erweitert, daß von der sichelförmigen Begrenzung zwischen den Kieferfortsätzen 1 cm nach unten der Knochen mit der Luer'schen Zange weggekniffen wird. Dadurch wird eine gute Übersichtlichkeit des Operationsfeldes geschaffen.

Blauel (Tübingen).



9) **H. Gross.** Die Lokalisation der Osteomyelitis in den Seitenteilen des Os sacrum und ihre Beziehung zu den Wachstumsvorgängen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 95.)

G. vermehrt die Kasuistik der recht seltenen Sakralosteomyelitis um sechs einschlägige der Klinik in Jena gehörige Fälle und gibt, die bislang anderweitig veröffentlichten einschlägigen 10 Beobachtungen vergleichend, eine gründliche Allgemeinbesprechung des Leidens. In anatomischer Beziehung ist von Wichtigkeit, daß der Sitz des Leidens ausschließlich in den Seitenteilen des Kreuzbeins ist, also nicht in dessen eigentlichem Wirbelteil, sondern in denjenigen Stücken, die als Rippenäquivalente aufzufassen sind. Die Entwicklung des sakralen Knochenwachstums ist hier von Wichtigkeit, und bringt G. zu dessen Verständnis mehrere Kreuzbeinquerschnitte aus verschiedenen Lebensaltern bei, in denen die sich ändernden Umrisse und Größenverhältnisse der verschiedenen Knochenkerne bezw. Epiphysen und Knorpel ersichtlich sind. Die Seitenteile des Kreuzbeins, zumal von dessen drei oberen Wirbeln, sind diejenigen, die sich durch das Wachstum relativ am stärksten vergrößern, und ist hiermit jedenfalls auch ihre auffällige Prädisposition für die osteomyelitische Infektion in ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

Während bei der Osteomyelitis der echten Wirbel die Infektion des Spinalkanals an Häufigkeit und klinischer Bedeutung eine große Rolle spielt, ist diese Komplikation bei der Sakralosteomyelitis selten, nämlich nur dreimal beobachtet. G. schlägt für die Krankheit die Unterscheidung von 3 Altersklassen vor. a. Nach eingetretener Pubertät (18 Jahre und darüber); hierher gehören 5 Kranke. Die Symphysis sacro-iliaca war nie vereitert, dreimal aber der Sakralkanal affiziert. b. Die Zeit der ersten Kindheit bis zum 6. Jahre. 5 Fälle, einer mit Vereiterung der Synchondrose kompliziert. Verhältnismäßig häufige, schwere Infektionsgrade. c. Die Zeit der Pubertät, 5 Fälle, sämtlich verhältnismäßig leichterer Erkrankungsintensität. Dem Trauma schreibt G. im Gegensatz zu anderen Autoren keine wichtige ätiologische Bedeutung zu. Klinisch ist die Krankheit zu den ungünstigsten Lokalisationen der Osteomyelitis zu rechnen, vielleicht stellt sie sogar deren allerbedenklichste dar: von den 16 Fällen endigten 10 tödlich. Es machten sich zwei Verlaufsformen bemerkbar, eine solche von schwerstem Infektionscharakter, 7 Fälle, sämtlich gestorben; und eine solche von milderer Infektion, mit dem Charakter einer nur umschriebenen Osteomyelitis. Nach akutem Beginn tritt ein leichterer Verlauf ein, der, sich in die Länge ziehend, zu Verwechselungen mit Tuberkulose führen kann. Trotzdem sind auch diese Erkrankungen wegen der topographischen Verhältnisse des Bekens stets schwere chirurgische Fälle, da die Abszesse und Fisteln, mit denen es hier zu tun gibt, schlecht zugänglich sind, so

daß zu ihrer Vornahme die eingreifendsten Schnitte, unter Umständen auch Knochenabmeißelungen erforderlich sind. Die Fälle der Jenenser Klinik geben gute Beispiele der hier sich ergebenden operativen Aufgaben und können als Vorbilder für die auszuführenden Eingriffe gelten, zumal die Behandlung in 5 Fällen zur Heilung führte und nur ein Pat. starb (vielleicht durch Karbolvergiftung). Die durch die sakrale Ostitis veranlaßten Abszesse nahmen nur in der Minderzahl der Fälle (achtmal in den gesammelten 15 Beobachtungen) den Weg auf die Hinterseite des Knochens; es ist also der präsakrale Abszeß die Regel. Die Weiterwanderung der abgesetzten Eitermengen geht dann ähnliche Wege wie die tuberkulösen kalten Abszesse: also am Ileopsoas auf- und abwärts, auf die Beckenschaufel, eventuell in der Leistenbeuge bezw. in den Adduktoren perforierend, oder dem Pyriformis entlang nach dem Foramen ischiadicum und zu Glutäalabszessen führend. Demgemäß vernotwendigen sich entsprechende retroperitoneale Entblößungen der Ileopsoasmuskulatur, Inzisionen derselben, Freilegungen der Beckenschaufel, Knochenabtragungen an ihr, an der Synchondrose, an der Spina ischiadica, parasakrale Inzision usw. Auch doppelseitige Eitersenkungen kommen vor, desgleichen Umwandlung der Abszesse in seröse Zysten (Ostitis albuminosa).

Noch größere Schwierigkeiten als die spontane osteomyelitische Beckeneiterung bot ein auch in Jena behandelter Fall eines im Jahre 1870 verwundeten Invaliden, bei dem es galt, eine, wie sich zeigte, im hinteren Teile des Os ilei nahe der Linea innominata eingekeiltes Geschoß, welches chronische Eiterung unterhielt, zu entfernen. Nur durch wiederholten, »ganz extremen« Eingriff mit ausgedehntesten Knochenresektionen (vgl. Abbildungen) war hier die glückliche Heilung herbeiführbar. **Meinhardt Schmidt** (Cuxhaven).

---

10) **J. Silfvast.** Die Wirkung der Staphylokokken auf die Lungen.

(Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu Helsingfors (Finnland). Herausgegeben von Prof. Dr. E. A. Homén. Abt. 2. p. 171. Mit 1 Tafel.)
Jena, **Gustav Fischer,** 1902.

Die an Kaninchen vorgenommenen Versuche des Verf. führten zu folgenden Ergebnissen. Bei intratrachealen und intrathorakalen Injektionen von Bouillonkulturen, sowie Inhalationen dieser Kulturen in Verbindung mit Einatmung von Stoffen, die das Lungengewebe mechanisch reizen, können virulente Staphylo- und Streptokokken Pneumonien hervorrufen. Außer durch die Einatmung reizender Stoffe kann auch durch eine allgemeine und speziell eine lokale Abkühlung das Entstehen des pneumonischen Prozesses befördert werden. Die in die Lungen dringenden Staphylo- und Streptokokken werden zum Teil vernichtet. Hierbei scheint die von den Alveolarepithelzellen und Leukocyten ausgehende Phagocytose eine be-

deutende Rolle zu spielen. Bei den Versuchen mit Streptokokken schien die Bindegewebsbildung um die pneumonischen Herde mehr hervorzutreten als bei Staphylokokkeninfektion.

Läwen (Leipzig).

---

11) **Karewski.** Chirurgie der Lunge und der Pleura.

(Sonderabdruck aus der »Deutschen Klinik usw.«)
Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1903.

In der vorliegenden Schrift gibt der auf diesem Gebiete sehr verdiente Autor einen Bericht über den heutigen Stand der Pleura-Lungenchirurgie. Wenn es auch weder in der Absicht des Verf. lag, noch auch nach Lage der Dinge möglich erschien, wesentlich neue Gesichtspunkte zu bringen, so gewährt doch die Lektüre der Arbeit große Befriedigung, weil man überall sieht, welch reiche eigene Erfahrung dem Verf. zu Gebote steht und mit welcher Leichtigkeit er seinen Stoff beherrscht; er schöpft in der Tat überall aus dem Vollen. Gleichzeitig ist die Arbeit ein schönes Zeugnis für den Fortschritt der deutschen medizinischen Wissenschaft. Wenn man sich nämlich erinnert, wie zögernd gerade die deutschen Chirurgen dies Gebiet betreten haben, wie lange sie zweifellos namentlich hinter den Franzosen zurückstanden, so kann man nur mit Genugtuung aus dem K.'schen Buche konstatieren, wie viel auch in Deutschland nunmehr auf diesem Felde gearbeitet wird. Hier, auf diesem Grenzgebiet, haben sich wirklich Internisten und Chirurgen die Hand gereicht. Vielleicht ist es dem Autor gegenüber unrecht, wenn sachlich auf den Inhalt seiner Arbeit nicht eingegangen wird, doch erübrigt sich dies wohl deswegen, weil jeder, der sich für diesen Zweig der Chirurgie interessiert, nicht umhin können wird, das Buch selbst in die Hand zu nehmen.

Tietze (Breslau).

---

12) **Young.** The surgery of the lower ureter.

(Annals of surgery 1903. Nr. 5. p. 668.)

In dem sehr lesenswerten Aufsatz wird zunächst die anatomische Lage des im Becken liegenden Harnleiters geschildert. Diesen Beckenteil scheidet Y. in den parietalen oder fixierten und den visceralen oder beweglichen Abschnitt. Der erstere beginnt an der Stelle, wo der Harnleiter die Iliaca kreuzt und geht nach abwärts bis zu einem Punkte, der in der Höhe und 3 cm seitlich von der Spina ischii liegt. Hier beginnt mit scharfer Biegung der zweite Teil, welcher auf dem Beckenboden über den Levator ani verlaufend die Grundfläche der Blase erreicht. Der Harnleiter ist vom Bauchfell bis 2 cm vor dem Eintritt in die Blase umhüllt. Seine Fasern gehen teils in die Blasenmuskulatur über, teils bilden sie das Trigonum, ohne daß hierdurch die Harnleitermündung ihre Muskulatur ganz verliert. Beim Weibe liegt der zweite (viscerale) Teil des Harnleiters an der vorderen Seite des breiten Mutterbandes und nur

2 cm von der Gebärmutter entfernt; in seinem Endteil ist er in unmittelbarer Berührung mit der Scheide.

Übergehend zu den Bedingungen, welche zu chirurgischen Eingriffen am Harnleiter führen, werden zunächst die Lageanomalien, der durch Strikturen des unteren Endes bedingte Vorfall, die Entzündung der Schleimhaut infolge Nierentuberkulose usw. erwähnt. Im Abschnitt über die Steinbildung im Harnleiter wird darauf aufmerksam gemacht, daß drei hierfür prädisponierende verengte Stellen zu finden sind. Die erste liegt dort, wo der Harnleiter den Beckenrand kreuzt, die zweite an der Vereinigungsstelle von Blase und Harnleiter und die dritte an seiner Einmündung im Innern der Blase. Die Wichtigkeit des Harnleiterkatheterismus, der Cystoskopie und der Röntgendurchleuchtung für die Diagnose der Harnleitersteine wird gebührend hervorgehoben. Sitzt der Stein so tief im Harnleiter, daß er zum Teil in die Blase ragt, so wird man ihn zuweilen unter cystoskopischer Beleuchtung mit dem Harnleiterkatheter in die Blase bringen können, in allen übrigen Fällen soll der Harnleiter durch den bei der Unterbindung der Iliaca gebräuchlichen Schnitt extraperitoneal freigelegt und eröffnet werden. Sehr häufig ist, wie aus den vom Verf. angeführten und von ihm operierten Fällen hervorgeht, neben dem Stein eine Striktur des Harnleiters vorhanden. Es gelang in den betreffenden Fällen stets, durch teils intravesikalen, teils extravesikalen Schnitt und nachfolgender Durchführung eines Bougies die Striktur zu beseitigen. Einige recht gute Abbildungen sind der interessanten Arbeit beigefügt.

Herhold (Altona).

---

13) **H. Kümmell** und **O. Rumpel.** Chirurgische Erfahrungen übe Nierenkrankheiten unter Anwendung der neueren Untersuchungsmethoden.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 3.)

»Die moderne Nierenchirurgie steht unter dem Zeichen des Blasenspiegels und der Harnleitersonde, der Röntgenröhre und jener funktionellen Untersuchungsmethode, die in der Kryoskopie zum Ausdruck gelangt.« An über 300 Pat. haben Verff. im Hamburg-Eppendorfer Krankenhaus diese neueren Untersuchungsmethoden zur Anwendung gebracht und dadurch eine außerordentliche Sicherheit in der Diagnosenstellung erreicht. Zahlreiche operative Eingriffe haben durch Autopsien am Lebenden den Beweis für die Richtigkeit der Diagnosen gebracht. Verff. haben nun in ihrer Arbeit ihre großen Erfahrungen im Gebiete der Nierenkrankheiten niedergelegt.

Zunächst werden die einzelnen modernen Untersuchungsmethoden einer Besprechung unterzogen, der Harnleiterkatheterismus, die Kryoskopie und die Röntgendiagnostik der Nierensteine. Durch Ausbildung der Technik in der Röntgenphotographie sind Verff. so

weit gekommen, daß sie überzeugt sind, jeden Nierenstein auf einer guten Röntgenplatte sichtbar machen und umgekehrt beim Fehlen eines Nierensteinschattens das Vorhandensein eines Konkrements ausschließen zu können.

Die Ergebnisse der Kryoskopie waren:

1) Bei intakten Nieren ist die molekulare Konzentration des Blutes eine konstante, sie entspricht einem Gefrierpunkt von 0,56.

2) Bei doppelseitiger Nierenerkrankung tritt eine Erhöhung der Blutkonzentration ein, Hand in Hand gehend mit einer Verminderung der molekularen Konzentration des Urins.

3) Einseitige Nierenerkrankung bedingt keine Störung der Gesamtfunktion, welche die Erhöhung der molekularen Blutkonzentration und Verminderung der Harnkonzentration zum Ausdruck bringt.

Diese einseitige Funktionsstörung wird unter Zuhilfenahme des Harnleiterkatheterismus nachgewiesen durch die veränderte molekulare Konzentration des Urins, Hand in Hand gehend mit einer verminderten Harnstoffausscheidung, während die andere Niere keine Störung der Funktion zeigt.

Diesen allgemeinen Ausführungen, auf deren Einzelheiten hier nicht eingegangen werden kann, folgt ein spezieller Teil, in welchem sämtliche zur Behandlung gekommene Fälle in 8 große Gruppen eingeteilt werden. Dieselben umfassen: 1) Die angeborenen Veränderungen der Nieren und Harnleiter, 2) Hydronephrosen, 3) Pyelonephritis und Pyonephrosis, 4) Nephrolithiasis, 5) Tuberkulose, 6) Tumoren, 7) die chirurgische Behandlung der Nephritis, 8) Nephrektomien infolge Ureterenfisteln.

Bei jeder dieser Gruppen werden an der Hand der oft ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten die einzelnen Fälle oder mehrere zusammengehörige hinsichtlich des klinischen Bildes, der Diagnosenstellung und der Therapie besprochen. Letztere gestaltete sich in 205 Fällen als eine operative, und zwar wurden ausgeführt: 95 Nephrektomien, 72 Nephrotomien, 4 Resektionen, 3 Entfernungen der Capsula propria bei Nephritis, 34 Fixationen, 6 Harnleitereinpflanzungen, 9 Inzisionen bei Paranephritis.

Die Gesamtmortalität entsprach einem Prozentsatz von 14,7. Die meisten Todesfälle weist, bei Zugrundelegung des Gesamtmaterials, die Nephrektomie auf, nämlich 16 (31 Gesamttodesfälle). Berechnet man jedoch die Mortalität nur aus den seit Einführung der neueren Untersuchungsmethoden ausgeführten 62 Nephrektomien, so ergibt sich das außerordentlich günstige Resultat von nur 6,4% Todesfällen.

Der Arbeit sind eine größere Anzahl makroskopische Abbildungen von gewonnenen Nierenpräparaten, sowie eine Reihe von Röntgenphotogrammen bei Nierensteinen beigegeben. **Blauel** (Tübingen).

---

14) **O. Streng.** Die Einwirkung gewisser Bakterien und ihrer Toxine auf die Nieren und die Ausscheidung dieser Bakterien durch dieselben.

(Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu Helsingfors (Finnland). Herausgegeben von Prof. Dr. E. A. Homén. Ab. 2. p. 1. Mit 2 Tafeln.)
Jena, **Gustav Fischer,** 1902.

S. injizierte den Versuchstieren (Kaninchen) verschieden virulente Kulturstämme, in der Regel 24 Stunden alte Bouillonkulturen, in die Ohrvene und untersuchte die parenchymatösen Organe, das Blut und den Blaseninhalt kulturell bezw. histologisch. Der Harn wurde mit einer Spritze der Blase entnommen, nachdem die vordere Blasenwand mit dem Paquelin verkohlt worden war.

Als Hauptergebnis seiner Versuche führt S. den Satz an, daß die von ihm untersuchten Bakterien nicht durch die unversehrten Nieren ausgeschieden werden. Pneumokokken, Staphylokokken, Streptokokken, Bakterium typhi und Bakterium prodigiosus konnten, intravenös in einer Menge von 1 bis 5 ccm Bouillonkultur injiziert, mit wenigen Ausnahmen die erste Stunde nach der Infektion weder kulturell im Harn noch histologsich in den Harnkanälchen nachgewiesen werden. Eine Ausnahme bildete das Bakterium coli, das sich oft schon $1/2$ Stunde nach der Infektion im Harn kulturell nachweisen ließ. Pneumokokken fanden sich 1 bis 3 Stunden, Staphylokokken 6 bis 8 Stunden nach der Infektion im Harn. Die längste Zeit scheinen Streptokokken und Typhusbazillen zu brauchen, um im Harn aufzutreten. Im Harn gar nicht nachweisbar war B. prodigiosus. Verf. nimmt an, daß die Schnelligkeit, mit welcher die Bakterien abgesondert werden, in nächster Verbindung damit steht, wie schnell die Bakterien Nierenverletzungen zustande bringen können. Besonders früh scheint Bakterium coli Nierenveränderungen, speziell Blutungen hervorbringen zu können. Die Staphylokokken brauchen hierzu einige Stunden. Der Streptokokkus konnte erst 6 Stunden nach der Infektion im Harn nachgewiesen werden. Erst in diesem späteren Stadium waren auch schwerere Veränderungen zu bemerken. Diese Tatsache, die Sterilität des Harns die ersten Stunden nach der Infektion, als die Nieren noch normal waren, zusammengestellt mit dem in der Regel reichen Vorhandensein von Bakterien in den späteren Stadien, als die Veränderungen in den Nieren größer waren, spricht nach Verf. Meinung entschieden dafür, daß ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Erscheinungen existiert. In der Regel treten die intravenös injizierten Bakterien nur infolge einer vorhergehenden vaskulären Alteration oder infolge Epithelverletzungen des Nierenparenchyms im Harn auf. In vereinzelten Ausnahmefällen konnten Bakterien im Harn oder den Harnkanälchen angetroffen werden, trotzdem keine deutlichen Veränderungen in den Nieren beobachtet wurden. Die Möglichkeit, daß kleinere Epithelveränderungen auch in diesen Fällen vorkamen, ist aber nach Verf. Ansicht nicht auszuschließen, sondern sogar sehr

wahrscheinlich. Eine physiologische Bakterieninfektion in der Meinung wie Biedl und Kraus u. a. annehmen, existiert nach Verf. Meinung ebenso wenig wie eine schnellere und reichere Ausscheidung von weniger virulenten Bakterien, wie Sittmann und besonders Pawlowsky als ihre Ansicht aussprechen. Im Gegenteil sprechen Verf.'s Versuche für eine schnellere Ausscheidung virulenterer Bakterien, wie im Zusammenhang damit auch die größere Menge der injizierten Bakterienkulturen die Schnelligkeit dieser Ausscheidung zu befördern scheint.

S. hat auch eine Reihe Versuche mit Toxineinspritzungen gemacht, und zwar benutzte er Bakterienbouillonkulturen, die mittels Kitasato's Filter filtriert worden waren. Die allgemeine Toxinwirkung und speziell die Wirkung auf die Nieren faßt er in folgenden Sätzen zusammen. Die Bouillonfiltrate von Pneumokokken, Staphylokokken, Typhus- und Colibakterien rufen, in einer Menge von $2^1/_2$ ccm injiziert, oft ein schwaches, zuweilen ein paar Tage dauerndes Fieber hervor. Die Staphylokokken sind am wenigsten fiebereregend. Alle vier Filtrate rufen in der Regel eine Abmagerung der Versuchstiere hervor, die soweit gehen kann, daß die Tiere bis ca. 40% ihres Gewichts verlieren und dann sterben. Die Filtrate können in Ausnahmefällen eine ziemlich intensive akute parenchymatöse Nephritis hervorrufen, die sogar nach der Pneumokokkenfiltratinjektion eine hämorrhagische Natur annehmen kann und hier auch häufiger vorkommt als nach Injektionen mit den übrigen. In der Regel sind die Nieren nach einer Filtratinjektion ziemlich normal. Die Toxinnephritis unterscheidet sich von der bakteriellen durch einen mehr diffusen Charakter. Bei Tieren, die der Kachexie unterliegen, findet sich in den Nieren in der Regel eine Pigmentanhäufung und zuweilen eine diffuse Vermehrung der Kleinzellen und Fettdegeneration. **Läwen** (Leipzig).

---

15) **Menge.** Über den suprasymphysären Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVII. Hft. 6.)

M. berichtet über seine Erfahrungen, die er an 32 Fällen mit dem suprasymphysären Fascienquerschnitt gemacht hat und empfiehlt diese Schnittführung aufs wärmste. In kosmetischer Beziehung liefert der Querschnitt tadellose Resultate, da die Narbe infolge der Zugrichtung der elastischen Fasern lineär bleibt und keine Neigung zu kallöser Verdickung oder zu Pigmentbildung, wie man sie bei brünetten Frauen bisweilen bei vertikalem Leibschnitt beobachtet, zu besitzen scheint. Legt man den Schnitt nicht dicht oberhalb, sondern wenn irgend möglich noch innerhalb der Haargrenze, wie M. es bevorzugt, so wird die Narbe vollkommen verdeckt. Die bei weitem größere Bedeutung des Fascienquerschnitts liegt jedoch in der Verhütung der Hernienbildung. Wenn auch diese Gefahr durch

ihn nicht völlig beseitigt wird, so wird sie doch wenigstens auf ein Minimum beschränkt, und selbst bei einer Vereiterung der Schnittwunde ist die Gefahr des Bauchbruchs bei weitem nicht so groß wie beim gewöhnlichen Leibschnitt. Als besonderen Vorzug hat es M. empfunden, daß beim Querschnitt die Darmschlingen bei Beckenhochlagerung völlig gedeckt bleiben, und daß besonders die seitlichen Beckenränder und der ante-uterine Teil leicht zugänglich sind. Der Douglasische Raum ist allerdings bei querer Schnittführung nicht immer so frei zu übersehen, wie beim vertikalen Leibschnitt, indessen hat M. bisher darin noch keine besondere Schwierigkeit gefunden.

Diesen Vorzügen gegenüber steht eine gewisse Schwierigkeit des Wundheilungsprozesses; und wenn auch M. in seinen sämtlichen 32 Fällen stets eine Prima intentio erzielt hat, so scheint doch nach den Erfahrungen anderer beim Querschnitt die Gefahr der Eiterung etwas häufiger zu bestehen als beim gewöhnlichen Leibschnitt. M. legt daher das größte Gewicht auf Asepsis und Technik. Nach der üblichen Heißwasser-, Sublimat- bezw. Sublamin-Alkoholdesinfektion reibt er sich die Hände mit einer Paraffinxylollösung ein und bedient sich der Gesichtsschleier. Beim Operieren selbst übt er trockene Aseptik aus. Exakte Blutstillung und sorgfältige Naht sind Haupterfordernisse. Durchgreifende Nähte wendet M. nicht an; er vernäht schichtweise erst Muskel, dann tiefe Fascie, dann Unterhautfettgewebe und oberflächliche Fascie und zuletzt die Haut; auf die Vernähung des Unterhautfettgewebes und der oberflächlichen Fascie legt er sogar einen gewissen Nachdruck. Als Nahtmaterial benutzt er bei versenkten Nähten die feineren Nummern des Krönig'schen Cumolcatguts; Seide verwirft er. Eine Drainage der Wunde hält er für unzulässig; als Verband kommt ein einfacher, mit Heftpflaster befestigter Gazeverband in Anwendung.

Nach M.'s Ansicht ist der suprasymphysäre Fascienquerschnitt geeignet, einmal die Kolpotomie, sodann aber vor allem den vertikalen Leibschnitt wesentlich einzuschränken. Inwieweit das Uteruskarzinom und andere größere solide Beckengeschwülste auf diesem Wege angreifbar sind, läßt M. vorläufig noch unerörtert. Eine tabellarische Übersicht über die von ihm mittels Querschnitt operierten 32 Fälle bildet den Schluß der Arbeit.

C. Deutschländer (Hamburg).

---

16) **Gatti.** Sezione del dotto deferente ed anastomosi intertesticolare.

(Policlinico 1903. Ser. chirurg. Nr. 4.)

Da die direkte Vereinigung eines durchschnittenen Ductus deferens sowie seine Einpflanzung in das Corpus Highmori unsichere Resultate bezüglich der Erhaltung der Hodenfunktion ergeben haben, versuchte G. zu erforschen, ob man eine direkte Anastomose der Hodensubstanz selbst herstellen kann. Nach Freilegung der Hoden und Durchtrennung des Septum scroti frischte er die Hoden an, teils

durch Exzision eines Keils, teils durch einfache Resektion eines Stückes Albuginea und nähte die wunden Flächen aufeinander. Der Ductus deferens einer Seite wurde danach entweder direkt oder nach einiger Zeit durchschnitten. Er fand nun, daß die Operation an sich zunächst gewisse degenerative Prozesse nach sich zieht, welche auch entfernt von der eigentlichen Operationsstelle noch sich finden, später aber auch regenerative auftreten, die um so stärker sind, je leichter das einwirkende Trauma war, an allen Geweben des Hoden, Epithelien, Nerven, Gefäßen. Die Epithelien suchen nicht nur den Defekt auszugleichen, sondern auch eine wahre Anastomose zwischen dem beiderseitigen Hodenparenchym herzustellen in Gestalt von epithelialen Sprossen, die sich nachher aushöhlen. Die neugebildeten Gewebe durchsetzen einen narbigen Zwischenraum, der, von wechselnder Dicke, zwischen den Hoden sich bildet. Das Volumen des Hodens, an welchem der Samenstrang durchschnitten war, blieb unverändert, in den Samenkanälchen dauerte die Spermatozoenbildung fort.

Ob es auch zu einer Ausscheidung derselben kommt, ob die neugebildeten Anastomosen zu einem (rückläufigen) Sekretstrom vom operierten Hoden aus durch den unversehrten Samenstrang hindurch genügen, dazu reichen die bisherigen Eperimente nicht aus.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

17) **L. Bérard** et **A. Descos.** Sur l'utilisation de la leucocytose dans le diagnostic de certaines affections génitales de la femme.

(Revue de gynécol. et de chir. abdom. 1903. Nr. 1.)

Verff. haben in 25 Fällen von Beckenerkrankungen, besonders entzündlichen verschiedenster Art, Leukocytenzählungen vorgenommen und ziehen folgende Schlüsse:

Beträgt die Leukocytenzahl im Kubikmillimeter 12—13000 oder mehr (mit deutlicher Vermehrung der polynukleären Zellen), so handelt es sich um eine eitrige oder eitrig werdende Erkrankung (z. B. infizierte Hämatokele), und der Eiter ist virulent. Man muß daher, wenn angängig, die Operation aufschieben oder von der Scheide aus vorgehen, jedenfalls aber die freie Bauchhöhle möglichst meiden. Beträgt dagegen die Leukocytenzahl unter 10—11000, so ist entweder kein oder nur wenig virulenter Eiter vorhanden. Hier kann also, wenn nötig, die Laparotomie gewählt werden. Die Leukocytenzählung kann ferner bei gewissen schwer infizierten Kranken von Nutzen sein, um zu entscheiden, zu welchem Zeitpunkt sie operiert werden müssen.

Mohr (Bielefeld).

---

18) **G. B. Somers.** Repair of the perineum by continuous removable sutures.

(Occidental med. times 1903. Nr. 5.)

Die von S. angegebene Methode der Dammnaht besteht darin, daß nach triangulärer Anfrischung Matratzennähte in mehreren, gewöhnlich in vier, Etagen gelegt werden. Jede Nahtreihe beginnt und endet an der äußeren Haut in der Weise, daß der Einstich jeder folgenden Reihe $^1/_4$ Zoll unterhalb, der Ausstich $^1/_4$ Zoll oberhalb desjenigen der vorigen Reihe liegt. Die Fadenenden werden nicht geknotet, sondern bleiben lang und werden in $^1/_2$—1 Zoll Entfernung von der Haut mit Schrotkugeln versichert (Abbildungen). Nahtmaterial Silkworm. Nach 10 Tagen Herausziehen der Fäden an den perinealen Enden. Als Vorteile dieser Naht, die er in 28 Fällen mit gutem Erfolg angewendet hat, hebt S. hervor: 1) Geringe Zahl der gelegten Nähte. 2) Die Zirkulation wird nicht behindert. 3) Die Wundflächen werden ohne Spannung und Faltung zusammengebracht. 4) Die Heilung erfolgt daher schnell. 5) Die Nähte nehmen Rücksicht auf etwa eintretende Schwellung. 6) Sie sind leicht zu entfernen.

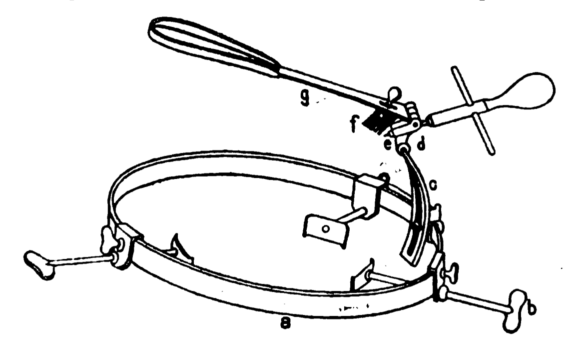
Kleinschmidt (Kassel).

Kleinere Mitteilungen.

19) **Hopkins.** A new osteoplastic trephine.

(Annals of surgery 1903. Nr. 5.)

Das Instrument, welches ein besonders weiches und gut kontrollierbares Trepanieren ermöglichen soll, besteht aus dem Reifen *a*, welcher durch die Schrauben *b* rings am Kopfe befestigt wird. Die eigentliche Trephine *e* sitzt an einem



am Ringe verschiebbaren Träger *c*. Verbunden ist sie mit einem Hebel *g*, in welchem Messer von verschiedener Breite (je nach der Breite des zu bildenden Lappens) eingesetzt werden können bei *f*. Diese im Hebel sitzenden Messer sollen eine zirkuläre Inzision der Haut vor der eigentlichen Trepanation ausführen.

Herhold (Altona).

20) **H. Pancoast.** The skiagraph in gross-brain lesions.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1903. März.)

P. berichtet über acht Fälle von Hirngeschwulst, traumatischer Epilepsie, Hemiplegie usw., in denen durch das Röntgenbild bestimmte Veränderungen (um-

schriebene Schatten) an Stellen, an denen normalerweise keine Schatten vorhanden sind, nachgewiesen wurden. In einem mit der Diagnose Hirngeschwulst operierten Falle fand sich an der Stelle des Schattens eine umschriebene Ansammlung von Cerebrospinalflüssigkeit unter der Dura. Bei einem Pat. mit Jackson'scher Epilepsie nach Depressionsfraktur war ein schwacher Schatten über dem unteren Teil der motorischen Region, und bei der Operation an dieser Stelle chronische Meningitis mit Verwachsungen der Dura mit Hirn und Knochen vorhanden.

Der diagnostische Wert des Röntgenbildes bei Großhirnveränderungen ist bisher ein zweifelhafter. **Mohr** (Bielefeld).

21) **Ossig.** Zur Pathologie und Therapie der Revolverschußverletzungen des Kopfes und Rumpfes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. berichtet über 61 Revolververletzungen aus dem Allerheiligen-Hospital zu Breslau, welche vom Jahre 1892—1902 zur Behandlung kamen. 36mal handelte es sich um Kopfschüsse, 18mal mit, 12mal ohne Eröffnung der Schädelhöhle, 3 Gesichtsschüsse und 3 Mundschüsse. Beim Schädelschuß hält Verf. ein operatives Eingreifen stets indiziert. Dasselbe beschränke sich aber auf eine Spaltung und Reinigung des Schußkanals bis zum Gehirneinschuß mit nachfolgender Tamponade.

Perforierende Brustschüsse wurden 20mal beobachtet, 3mal mit Verletzung des Herzens resp. der großen Gefäße, Bauchschüsse 8mal. Von diesen waren 3 durch gleichzeitige Verletzung der Brusthöhle kompliziert.

Verf. faßt die Ergebnisse seiner Betrachtungen über Brust- und Bauchschüsse folgendermaßen zusammen:

Die Diagnose eines Konturschusses ist höchstens dann zulässig, wenn beim Fehlen irgendwelcher Erscheinungen von Seiten der Brusteingeweide der Nachweis der Kugel außerhalb der Brusthöhle möglich ist.

Herzschüsse brauchen nicht unbedingt sofort tödlich zu verlaufen, sie können sogar in Heilung ausgehen.

Bei in selbstmörderischer Absicht in der Herzgegend beigebrachten Schußverletzungen liegt der Verdacht einer Verletzung der Bauchhöhle sehr nahe.

Eine operative Behandlung der Bauchschüsse auf dem Schlachtfelde ist zu verwerfen, im Frieden ist dagegen sofortige Laparotomie anzuraten.

Auf dem Schlachtfelde ist die baldige Anwendung von Opium bei Bauchschüssen zu empfehlen, im Frieden völlig zu verwerfen. **Blauel** (Tübingen).

22) **Latz.** Beobachtungen bei der klinischen Untersuchung und Operation eines Falles von Sarcoma cerebri.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

L. berichtet aus der Helferich'schen Klinik über einen nach Probekraniotomie tödlich verlaufenen Fall von Osteosarkom der linken Schläfen- und Scheitelbeingegend bei einem 14jährigen Knaben, und befürwortet die Probekraniotomie. In diagnostischer Hinsicht bietet der veröffentlichte Fall insofern gewisses Interesse, als sich analog wie bei einzelnen Schädelfrakturen bei der Perkussion des Schädeldaches das Geräusch des gesprungenen Topfes erzeugen ließ. Eine bestimmte Erklärung dieses Symptoms, das L. für diagnostisch wichtig hält, vermag er nicht zu geben. Er hält zwei Entstehungsweisen für möglich: entweder ist das Geräusch durch die gelockerten Schädelnähte zustande gekommen oder es es ist durch das Anprallen der zum Teil elfenbeinharten Geschwulst gegen die Schädelkapsel erzeugt worden. **C. Deutschländer** (Hamburg).

23) **Le Roux.** Deux cas de paralysie isolée de la VIe paire consécutive à des traumatismes craniens.

(L'année méd. de Caen 1903. Januar.)

Abducenslähmungen nach Kopftraumen kommen bei Kindern bedeutend seltener vor als bei Erwachsenen, entsprechend der größeren Seltenheit von Schädelbasisbrüchen bei Kindern. Zwei derartige Fälle teilt Verf. mit:

1) 6jähriges Kind mit den Erscheinungen eines Schädelbasisbruches und vollständiger Lähmung des Abducens beiderseits. Drei Monate später war die Lähmung links ganz geschwunden, rechts unverändert geblieben. R. nimmt daher an, daß rechterseits eine Verletzung des Nerven durch ein Knochenfragment und Einbettung in den Kallus stattgefunden habe, während links nur eine vorübergehende Kompression des Nerven durch einen Bluterguß (Ruptur eines Sinus petrosus) eingetreten sei.

2) 8jähriges Mädchen. Kopftrauma mit linksseitiger Ohrblutung, Bewußtlosigkeit und linksseitiger Abducenslähmung. Letztere war zwei Monate später verschwunden. R. nimmt an, daß hier kein Bruch der Basis, sondern eine Ruptur des Sinus petrosus inferior mit Druck des Blutergusses auf den Nerven vorlag.

Mohr (Bielefeld).

24) J. K. Spisharny. Zur Frage der Trepanation bei traumatischer Epilepsie.

(Russ. Archiv für Chirurgie Bd. XIX. Hft. 2. [Russisch.])

S. verficht auf Grund eigener Tierversuche die Ansicht, daß die Ventilbildung im Sinne Kocher's nicht vor Rezidiven schützt. Von 22 gesunden Hunden resp. Kaninchen, die trepaniert und denen Hirnwunden beigebracht wurden, bekamen vier Anfälle. In einem von diesen Fällen war übrigens das austrepanierte Knochenstück wieder reponiert worden.

Am Schluß werden zwei Krankengeschichten mitgeteilt.

1) Der 10jährige Pat. erhielt vor 7 Jahren einen Hufschlag an den Kopf. Es wurden einige Knochensplitter entfernt, die Wunde heilte unter Fieber per secundam. Bald ein epileptischer Anfall. Der zweite Anfall kam im 8. Lebensjahre; dann häuften sich die Anfälle ganz allmählich.

Am rechten Scheitelbein hatte Pat. eine Narbe, die deutliche pulsatorische Bewegung zeigte und fest mit Umgebung und Unterlage verwachsen war.

Die im Hospital beobachteten Anfälle begannen in der linken Hand.

Infolge der Ohnmacht der bisherigen Therapie wurde zur Operation geschritten.

Es wurde ein Haut-Knochenlappen gebildet, bei dessen Aufklappung die Dura einriß. Die verdickte Dura wurde exzidiert. Da am Gehirn keine Veränderungen nachweisbar waren, wurde der Knochendeckel wieder zurückgeklappt und die Wunde primär geschlossen.

Die Anfälle blieben zunächst aus, kehrten aber nach 13 Monaten wieder.

2) Die 22jährige Pat. erhielt vor 15 Jahren einen Schlag gegen den Kopf. Es soll eine Fissur im Schädel entstanden sein. Die Wunde heilte in 2 Monaten. Ungefähr einen Monat nach der Heilung entwickelte sich eine an Heftigkeit zunehmende Epilepsie. Bei der Untersuchung fand sich eine 5 cm lange, $^{1}/_{3}$ cm breite, außerordentlich empfindliche Narbe über dem linken Scheitelbein. Durch Druck auf die Narbe konnten Anfälle ausgelöst werden. Im Hospital wurden mehrere Anfälle allerschwerster Art beobachtet.

Operation: Es wurde ein Wagner'scher Lappen gebildet (wurde die Narbe exzidiert? Ref.). Eine Depression des Schädeldaches fand sich nicht. Pulsation des Hirns wurde erst beobachtet, nachdem die intakte Dura inzidiert und einer kleinen Menge Liquor cerebrospinalis Abfluß verschafft war. Der Lappen wurde wieder auf die nicht vernähte Dura geklappt. Heilung per primam. 20 Monate nach der Operation noch kein Anfall. **V. E. Mertens** (Breslau).

25) F. Krause. Zur Freilegung der hinteren Felsenbeinfläche und des Kleinhirns.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Verf. veranschaulicht einige von ihm ausgeführte Operationsmethoden zur Freilegung der hinteren Felsenbeinfläche und des Kleinhirns an vier Beispielen Im ersten Falle wurde unter Benutzung des v. Bergmann'schen Schnittes an der

hinteren Felsenbeinfläche bis nahe zur Mittellinie vorgedrungen und dort eine subdural gelegene Abszeßhöhle eröffnet. Diese Höhle zog in großer Ausdehnung nach hinten unten und medialwärts gegen den Bulbus venae jugularis. Nach Entfernung eines an der hinteren oberen Kante des Felsenbeins sitzenden Knochenherdes, des Ausgangspunktes für den Abszeß, betrug die Länge der Höhlung, von der Oberfläche an gemessen, 7,8 cm. Der 9jährige Knabe wurde vollständig geheilt.

Der zweite Fall betraf ein 63jähriges Fräulein, bei welchem intradural der Acusticus freigelegt und reseziert wurde. Veranlassung zu dieser eingreifenden Operation gaben unaufhörliche, unerträgliche subjektive Geräusche im inneren Ohre. Der Zugang zur hinteren Felsenbeinfläche wurde hier von der rechten hinteren Schädelgrube aus geschaffen durch Bildung eines Haut-Periost-Knochenlappens, dessen Rand rechts neben der Crista occipitalis externa begann, ihr parallel verlief, dann rechtwinklig zur Linea semicircularis sup. umbog, endlich am medialen Rande des Warzenfortsatzes bis zu dessen Spitze wieder herabging. Die Kranke ging 3 Tage nach der Operation an Pneumonie zugrunde.

Im dritten Falle wurden bei einem 11jährigen Knaben wegen der Annahme eines Kleinhirntumors beide Kleinhirnhemisphären freigelegt, zuerst die linke, am 25. Mai 1898, später, am 15. Juni 1898, noch die rechte Hemisphäre durch nach oben konvexe Bogenschnitte in Höhe der entsprechenden Linea semicircularis. Beide Male wurde in die Substanz des Kleinhirns ein tiefer Einschnitt analog dem üblichen anatomischen gemacht. Eine Geschwulst wurde nicht gefunden, dagegen floß sehr reichlich Liquor ab. Es erfolgte nach Heilung der Operationswunden eine wesentliche Besserung im Befinden des Knaben. Reichlich 3 Jahre nach der Operation starb derselbe; es fand sich ein Hydrocephalus internus.

Im letzten Falle wurden bei einem 18jährigen Mädchen wegen Kleinhirngeschwulst beide Kleinhirnhemisphären einzeitig freigelegt. Der Schnitt verlief von der Spitze des linken Proc. mastoideus über die Protuberantia occipitalis externa bogenförmig hinweg zur Spitze des rechten Proc. mastoideus. Nach subperiostaler Abpräparierung des ganzen Lappens von der Hinterhauptschuppe wurde letztere zum größten Teile mit der Luer'schen Hohlmeißelzange von zwei Bohrlöchern aus fortgebrochen. Dann quere Spaltung der Dura und doppelte Unterbindung des Sinus occipitalis, worauf sich die Dura gut herunterklappen ließ. Eine Geschwulst wurde nicht gefunden. Nach 6 Tagen Tod im Kollaps. Es ergab sich eine hochgradige Deformität der Schädelbasis, Vorragen der Pars basilaris oss. occipitis und Hydrocephalus internus.

Blauel (Tübingen).

26) v. Hacker. Ersatz von Schädeldefekten durch unter der Kopfschwarte verschobene oder umgeklappte Periost-Knochenlappen bezw. Periostlappen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 1 u. 2.)

In einem Falle von Stirnbeindefekt, welcher auch die rechte Stirnhöhle eröffnete, deckte v. H. denselben durch einen gestielten, die Knochenfläche nach außen kehrenden Periost-Knochenlappen der Nachbarschaft. Ferner wurde ein kleiner Stirnbeindefekt durch Umklappen eines Periostlappens (mit der Außenfläche nach innen) geschlossen. Diese, als subaponeurotische Schädelautoplastik bezeichneten beiden Verfahren können für Fälle in Betracht kommen, welche, wie die beiden vorliegenden, sich für das Müller-König'sche Verfahren nicht gut eignen, wie bei mehreren Defekten am Schädel, bei starker Verdünnung der Knochen in der Nachbarschaft, wenn durch die Wundverhältnisse oder durch Narben die Lappenbildung erschwert ist etc. Ob und inwieweit regelmäßig auf eine Knochenbildung am Orte der Transplantation des Lappens bei den beiden Verfahren zu rechnen ist, werden weitere Erfahrungen lehren.

Blauel (Tübingen).



27) **G. Fowler.** Provisional hemostasis in operations upon the head and neck.

(Buffalo med. journ. 1903. Juni.)

Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit der dauernden und temporären Unterbindung der Carotis und ihrer Äste bei Operationen im Gesicht und am Halse.

Bei einem Pat. mit anscheinend inoperablem Karzinom der Wange und des Oberkiefers und sehr schlechtem Allgemeinzustand machte F. zunächst die Exzision der Carotis externa und ihrer Äste beiderseits nach der Methode Dawbarn's. Wider Erwarten trat eine so bedeutende Besserung ein, daß 4 Wochen später die Entfernung des Oberkiefers und der erkrankten Weichteile vorgenommen werden konnte; hierbei brauchte kein einziges Gefäß unterbunden zu werden. Verf. empfiehlt für ähnliche Fälle die Dawbarn'sche Operation als Voroperation.

Die temporäre Unterbindung der Carotis communis hat F. mehrfach angewendet und glaubt, daß etwaige unangenehme Folgen nach beiderseitiger Kompression nicht auf diese, sondern auf eine gleichzeitige Kompression der Vagi, der Venae jugulares oder des Sympathicus zurückzuführen seien. Das Gefäß muß also vor der Kompression genau isoliert werden. In folgenden Fällen hat F. die temporäre Kompression angewandt:

1) Schußwunde des Halses, sekundäre Blutung am 6. Tage, welche auf Tamponade steht. Freilegung der Carotis communis zentral vom tamponierten Wundkanal und temporäre Ligatur, Entfernung des Tampons und Spaltung des Schußkanals. Die als Quelle der Blutung erkannte Art. facialis wird versorgt und dann die temporäre Ligatur entfernt. 6 Tage später Nachblutung; da die blutende Art. pharyngea ascendens nicht an der Verletzungsstelle versorgt werden kann, dauernde Ligatur der Carotis communis und der Carotis externa auf der anderen Seite. Heilung ohne Zwischenfälle.

2) Vor der nach Abbe ausgeführten intrakraniellen Neurektomie des Trigeminus wird die Carotis communis beiderseits provisorisch ligiert. Die Hauptoperation verläuft hierauf fast ohne Blutung, und das Ganglion Gasseri kann daher sehr schnell aufgefunden werden. Lösung der Carotisligaturen nach Schluß der Wunde. Keine Nachblutung, keine Nebenerscheinungen während der Operation. Tags darauf sensorielle Aphasie, welche sich allmählich wieder bessert. Diese Erscheinung muß auf eine während der Operation erfolgte Schädigung der Pars opercularis zurückgeführt werden, sei es infolge von Embolie oder Schädigung des Hirns durch den bei der Operation benutzten Elevator.

3) Gleicher Fall wie der vorhergehende. Während der Operation bedeutende venöse intrakranielle Blutung, wahrscheinlich durch einen Tampon verursacht, welcher zum Schutz der ligierten Carotis angewendet wurde und auf die Jugularis interna drückte. Keine üble Folgen der Carotisligaturen.

Mohr (Bielefeld).

28) **B. Douglass.** The uses of suprarenal extract in nose and throut diseases.

(New York med. journ. 1903. Mai.)

Verf. macht bereits seit 1895 bei Nasen- und Halskrankheiten Versuche mit Nebennierenextrakt und ist mit demselben sehr zufrieden. Er bevorzugt ein wäßriges Extrakt, das er aus 30 g zerriebener Drüsensubstanz bereitet unter Zusatz von einer Unze frisch kochendem Wasser; dasselbe wird bis zum Erkalten stehen gelassen und repräsentiert dann eine etwa 6%ige Lösung, welche nunmehr durch ein Leinwandfilter in eine dunkle Flasche filtriert wird. Vor Gebrauch wird die Lösung einige Minuten in kochendem Wasser sterilisiert. Zusätze sind meist schädlich; am besten ist noch eine Normalsalzlösung 1 : 1000.

Bei Benutzung wird noch 4%ige Cocainlösung zugesetzt. Der Erfolg war meist ausgezeichnet, doch hatte auch Verf. Fälle, in denen das Präparat völlig versagte; zweimal hatte er Nachblutungen allerschwerster Natur. D. verwendete

das Adrenalin teils zu Pinselungen, teils zu Einspritzungen. In letzterem Falle verwendete er zuerst Kokain allein und dann Adrenalin. Die blutstillende Wirkung während der Eingriffe war meist prompt, zur Vermeidung der Nachblutungen rät er aber jedesmal energisch zu tamponieren. Außerdem sah Verf. nach Gebrauch des Mittels keine bedeutenderen Unannehmlichkeiten entstehen, dagegen eine Reihe rasch vorübergehender kleinerer Störungen.

Scheuer (Berlin.)

29) **M. B. Jankowski.** Ein Fall von Krebs des Oberkiefers mit eigentümlichem klinischem Bilde.

(Arbeiten aus Prof. Djakonow's Klinik Bd. I. Beilage zur »Chirurgie« 1903. [Russisch.])

Pat., jetzt 65 Jahre alt, litt vor 5 Jahren an Zahnweh, wobei die linke Backe anschwoll und sich am lateralen Augenwinkel eine Fistel bildete. Das Ziehen der kranken Wurzeln half auch nicht — die Fistel blieb bestehen und kommunizierte mit der Mundhöhle; unverändert blieb der Zustand auch nach Ausschabung des Knochens. Nach $4^1/_2$ Jahren bemerkte Pat., daß die Zähne anfingen wackelig zu werden; am Gaumen bildete sich eine Anschwellung, die bei zweimaliger Inzision nur Blut entleerte. Dieser Zustand dauert nun 6 Monate. Am geschwollenen Gaumen und Zahnfleisch zahlreiche Fistelöffnungen, die, wie die Fistel am Augenwinkel, käsigen Eiter entleeren. Alveolarfortsatz weich, läßt sich nach allen Seiten verschieben. Röntgenuntersuchung zeigt Resorption der Kalksalze des Knochens. Es wurde ein Stück des erweichten Kiefers exzidiert, und nun zeigte es sich, daß die Geschwulst aus Plattenepithel in verschiedenen Verhornungsstadien besteht mit zahlreichen Epithelperlen und spärlichem, stellenweise ganz fehlendem Zwischenzellengewebe. Es handelte sich also um Karzinom, ausgegangen von der Schleimhaut des Alveolarfortsatzes. Mikroskopisch zeigt der Knochen Verwandlung in osteoides, darauf Schleimgewebe, keine lakunäre Resorption.

Gückel (Kondal, Saratow).

30) **Leefhelm.** Ein Fall von Epitheliom des Unterkiefers nebst Bemerkungen über die Epitheliome des Unterkiefers im allgemeinen.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

L. beschreibt einen von Helferich operierten Fall von rechtsseitigem Unterkieferepitheliom bei einem 51jährigen Landmann, dessen Entstehung er auf Grund der histologischen Untersuchung auf die Mallassez'schen paradentären Epithelreste zurückführt. Um die Entwicklungsgeschichte der Geschwulst näher zu studieren, hat L. zum Vergleich eine Reihe von Zahnkeimanlagen normaler menschlicher Neugeborenen untersucht und gefunden, daß verschiedene Geschwulstpartien vollkommen einzelnen Stadien der menschlichen Zahnkeimanlage entsprechen. In dieser Hinsicht bildet der beschriebene Fall eine Bestätigung der analogen, gleichfalls aus der Helferich'schen Klinik stammenden Beobachtungen Kruse's. Leider fehlen der Abhandlung die Abbildungen der mikroskopischen Befunde.

C. Deutschländer (Hamburg).

31) **Tilmann.** Über Unterkieferresektionen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 23.)

T. hat in zwei Fällen von Unterkieferresektion beziehungsweise einseitiger Kieferexartikulation die Stoppany-Schröder'sche Schiene angewandt. Dieselbe entspricht allen Anforderungen, und T. glaubt, daß unter dieser Modifikation die von Martin inaugurierte Idee der Immediatprothese auch in Deutschland Eingang finden wird. **Borchard** (Posen).

32) **A. P. Prokunin.** Die chirurgische Behandlung der bösartigen Rachengeschwülste.

(Arbeiten aus Prof. Djakonow's Klinik Bd. I. Beilage zur »Chirurgie« 1903. [Russisch.])

P. bringt drei Fälle aus dem oralen Teil des Rachens; im ersten war die Mandel, in den beiden letzten auch die Zunge und die Gaumenbögen affiziert;

die benachbarten Drüsen mußten mit entfernt werden. In den letzten Fällen wurde außer dem Längsschnitt ein Querschnitt mit Durchsägung des Unterkiefers angelegt. Die Hauptgefäße wurden nicht präventiv unterbunden; es genügte Ligatur der die entfernten Teile versorgenden Gefäße und tiefe Lage des Kopfes. Fall 2 endete tödlich an Erschöpfung; in Fall 1 trat nach einem Monat ein Rezidiv auf; Fall 3 befand sich noch in der Klinik. Aus der russischen Literatur führt P. noch 28 ähnliche Fälle an und schließt: präventive Tracheotomie und Unterbindung der großen Gefäße sind überflüssig; in allen Fällen müssen diejenigen Gegenden entblößt werden, wo die am häufigsten befallenen Lymphdrüsen liegen; endlich kann keine für alle Fälle genügende Methode angegeben werden; die Schnittrichtung hängt von der Lokalisation der Geschwulst ab.

Gückel (Kondal, Saratow).

33) H. J. Williams. Fracture of the spine: three cases.

(Med. news 1903. Nr. 21.)

In zwei der berichteten Fälle wurde die Laminektomie ausgeführt, beide Male ohne Erfolg. Einmal handelte es sich um eine Fraktur des 5. Brustwirbelbogens mit völliger Zerstörung des Rückenmarks in Ausdehnung von $^5/_8$ Zoll durch Gewehrschuß. Heilung der Operationswunde p. pr. Tod nach 86 Tagen, ohne daß sich der Nervenzustand geändert hatte. Im anderen Falle war infolge eines Sturzes der Dorn des 12. Brustwirbels und der Bogen des 1. Lendenwirbels gebrochen. Rückenmark in $1^1/_2$ Zoll Länge gequetscht. Nach der Operation zunächst guter Verlauf, dann Infektion der tamponierten Wunde durch Urin, Tod an septischer Meningitis 3 Wochen nach der Operation.

In den sich anschließenden epikritischen Betrachtungen weist Verf. hin auf einen von Stewart und Harte publizierten Fall erfolgreicher Myelorrhaphie bei völliger Durchtrennung des Rückenmarks in Höhe des 7. Brustwirbels infolge Schußverletzung, sowie auf die Beobachtungen von Fickler über Neubildung nervöser Elemente des Rückenmarks, und fordert ein häufigeres und frühzeitigeres Operieren bei Wirbelfrakturen. **Kleinschmidt** (Kassel).

34) P. Derocque. Torticollis spasmodique, résection du spinal et des branches cervicales postérieurs, guérison.

(Revue méd. de Normandie 1903. März 10.)

41jährige Frau mit spastischem Torticollis; starke Drehung des Gesichts nach links, spastische Bewegungen im rechten Sternocleidomastoideus und Trapezius. Da alle anderen Mittel ohne Erfolg waren: Resektion des rechten N. accessorius; hiernach keine Besserung, trotz deutlicher Erschlaffung im rechten Sternomastoideus und Trapezius. Um die linksseitigen kurzen Dreher zu lähmen, wurde einige Tage später nach dem Verfahren Keen's der erste und dritte hintere Cervicalnerv exzidiert. Befund ein Jahr später: Keine Zuckungen mehr, Kopf leicht nach links gedreht, kann willkürlich nach rechts gedreht, jedoch nicht sehr lange in dieser Lage gehalten werden. **Mohr** (Bielefeld).

35) C. W. Cutler and C. L. Gibson (New York). Removal of the superior cervical ganglion for the relief of glaucoma, with report of a case.

(Annals of surgery 1902. September.)

C. (Ophthalmologe) und G. (Chirurg) berichten in der vorliegenden Arbeit gemeinsam über einen Fall von rechtsseitigem chronischem Glaukom, welches durch die Exstirpation des obersten Cervicalganglions des N. sympathicus geheilt worden ist.

C. liefert den ophthalmologischen Teil und beschreibt ausführlich den Verlauf der Erkrankung. Eine Sklerotomia anterior war vollständig ergebnislos, und so entschloß sich C., durch G. das rechtsseitige obere Halsganglion entfernen zu



lassen. Dies geschah, und der Erfolg war in jeder Beziehung gut. Pat. wurde mit $^2/_3$ Sehschärfe aus der Behandlung entlassen.

Vorübergehende Nebenerscheinungen nach der Operation waren: Lähmung der rechten Kehlkopfhälfte, des M. sternocleidomastoideus, des M. trapezius und der rechten Zungenhälfte. Alle diese Störungen verschwanden vollkommen nach vier Monaten. Hervorgerufen waren sie offenbar durch die schwer zu vermeidende Zerrung des ganzen Halssympathicus.

Was die theoretischen Betrachtungen C.'s anbetrifft, so kann ich mich darauf beschränken, auf die Arbeit Jonnesco's (Zentralblatt für Chirurgie 1899 p. 161 ff.) zu verweisen.

G. schildert im zweiten Teile der Arbeit das Operationsverfahren kurz wie folgt: Schnitt vom Proc. mastoideus abwärts am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus entlang, Freilegung der Scheide der großen Gefäße und Lagerung derselben nach innen. Etwas in der Tiefe und hinter den genannten Gebilden liegt das oberste Halsganglion. Letzteres wurde sorgfältig freigelegt und von allen Kommunikationen gelöst, dann der Nerv oberhalb und unterhalb durchschnitten. Naht ohne Drainage. Heilung per primam. G. gibt dem Schnitt am vorderen Rande den Vorzug vor dem von Jonnesco u. a. empfohlenen Schnitt am hinteren Rande des Sternocleidomastoideus. Durch häufiges Spülen mit Kochsalzlösung macht er sich das (elektrisch beleuchtete) Operationsfeld übersichtlicher.

Beide Autoren kommen zu dem Schlusse, daß beim akuten Glaukom die Iridektomie die Operation der Wahl bleibt, bei den chronischen Formen und da, wo die Iridektomie und Sklerotomie erfolglos waren, gibt die Exstirpation des oberen Halsganglions allein noch Chancen für eine Heilung.

Seefisch (Berlin).

36) W. v. Brunn. Über die Vereiterung tuberkulöser Halslymphome.

(Orth-Festschrift 1903.)

Aus dem Material der v. Bergmann'schen Poliklinik untersuchte Verf. den Eiter von 39 cervicalen Lymphomen, die ihrem klinischen Verhalten nach mit Sicherheit als tuberkulöse Lymphome anzusprechen waren. Der aseptisch durch Punktion gewonnene Eiter bestand bei 28 Fällen aus Detritus und wechselnden Mengen von Leukocyten und enthielt schon bei mikroskopischer Untersuchung stets Bakterien, die durch Plattenkultur weiter verfolgt wurden. Es fanden sich in allen diesen Fällen Streptokokken, und zwar 17mal allein, 8mal mit Staphylokokken, 2mal mit Pneumokokken und 1mal mit Bakterium coli vermischt. Der Tuberkelbazillennachweis gelang nur 2mal. Bei den übrigen 11 Fällen bestand der Eiter fast ausschließlich aus Detritus mit nur wenigen Leukocyten und ließ mikroskopisch keine Bakterien, auch nie Tuberkelbazillen erkennen. Die genauere kulturelle Untersuchung des Eiters ergab jedoch auch hier ausnahmslos die Anwesenheit von Eitererregern. Auch bei diesen Fällen war stets Streptokokkus pyogenes vorhanden, 5mal allein, 4mal zusammen mit Staphylokokkus aureus, 1mal mit Staphylokokkus albus, 2mal mit coliähnlichen Bazillen.

Mit dem Eiter der letztgenannten 11 Fälle wurden Meerschweinchen intraperitoneal geimpft. Sie starben nach 5—10 Wochen und zeigten typische tuberkulöse Veränderungen.

In allen untersuchten Fällen hatte aber zur Zeit der Vereiterung eine Mischinfektion mit Eitererregern stattgefunden. Regelmäßig waren Streptokokken vorhanden, die Verf. in ätiologischen Zusammenhang mit der Vereiterung zu bringen geneigt ist. Sie scheinen aber in ihrer Virulenz stark herabgesetzt zu sein, worauf außer dem Tierversuche auch der in allen Fällen konstatierte ausgesprochen chronische Verlauf hinweist. Nur so kann man sich wohl auch, wie ich hinzufügen möchte, die klinische Harmlosigkeit dieses Eiters bei der Operation der Halslymphome erklären.

M. v. Brunn (Tübingen).

37) **J. E. Balduin** (Columbus, Ohio). Note on synchronous ligation of both internal jugular veins.

(Annals of surgery 1902. September.)

B. sah sich gelegentlich einer Exstirpation großer doppelseitiger Drüsengeschwülste genötigt, beide Vv. jugulares internae zu unterbinden. Pat. ertrug diesen Eingriff vorzüglich, weder Puls noch Atmung wurden beeinflußt. Nur ein — nicht sehr hochgradiges — gedunsenes Aussehen des Gesichts war eine Zeitlang zu bemerken. **Seefisch** (Berlin).

38) **Colombino.** Un cas fortunato di sutura del cuore per ferita penetrante del ventricolo destro.

(Giorn. d. R. Accad. di Torino 1903. Nr. 4 u. 5.)

Messerstich durch das Brustbein dicht am Ansatz des 5. linken Rippenknorpels. Zeichen innerer Blutung. Operation nach zwei Stunden. Resektion der 5. und 6. Rippe. Pleura wird verletzt und tamponiert. Durch die Herzbeutelwunde fühlt man nahe der Herzspitze eine Wunde der Vorderwand des Herzens. Naht mit drei tiefen Metallfäden und einer Tabaksbeutelnaht. Vor der Operation war an den vier Extremitäten venöse Stauung angelegt worden, um eine Ansammlung von Blut hervorzurufen, die während der Operation gespart und nachher zur Verhütung von Kollaps dem Kreislauf zugeführt werden soll (Operateur Isnardi). Heilung, nachdem noch ein Empyem sich gebildet und Rippenresektion nötig gemacht hatte. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

39) **J. v. Mikulicz** und **O. Fittig.** Über einen mit Röntgenstrahlen erfolgreich behandelten Fall von Brustdrüsenkrebs.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Im Anschluß an eine Schilderung des bisherigen Entwicklungsganges der Röntgentherapie und einer kurzen Zusammenstellung der bis jetzt vorliegenden Veröffentlichungen über Röntgenbehandlung des Karzinoms berichten Verff. über einen in der Breslauer chirurg. Klinik zur Behandlung und vorläufigen Heilung gekommenen Fall von Brustdrüsenkrebs beim Manne. Es handelte sich um einen 52jährigen Mann, welcher auf der linken Brust in der Gegend der fehlenden Mammilla ein ovales, quer gestelltes Geschwür von 4 : 7 cm Größe zeigte. Nachdem die in beiden Achselhöhlen sich findenden Drüsenmetastasen operativ entfernt waren, wurde mit der Bestrahlung des Geschwürs begonnen. Es fanden im ganzen sechs Sitzungen mit steigender Expositionsdauer statt. Schon nach fünf Sitzungen wurde im Verlaufe von etwa 4 Wochen eine wesentliche Verkleinerung des Geschwürs durch Epithelialisierung vom Rande her erreicht. Im mikroskopischen Schnitte fanden sich keine Karzinomzellen mehr. Nach vollen 3 Monaten war eine völlige Verheilung mit glatter, weicher und verschieblicher Narbe zu verzeichnen.

In der Wirkung der Röntgenstrahlen unterscheiden die Verff. zwei Grade. Jenseits des Wirkungsgrades, bei dem die Veränderungen an den Gefäßen auftreten, wie sie besonders Scholtz beschrieben hat, ist es die Nekrose, welche das Karzinom zerstört, diesseits ist es eine durch eine elektive Wirkung der Röntgenstrahlen bedingte Degeneration der epithelialen Elemente, welche den Krebs zum Schwund bringt. Nur eine auf letzterer Wirkung beruhende Behandlungsmethode kann eine rationelle sein. Verff. sind trotz bisher erreichter Erfolge der Ansicht, daß mit Ausnahme der oberflächlich liegenden und langsam wachsenden Geschulst noch immer die Ausrottung mit dem Messer das souveräne Mittel bei der Bekämpfung des Krebses bleiben wird. **Blauel** (Tübingen).

40) **O. Hildebrand.** Über die extraabdominale Versorgung intraabdominaler Blasenrisse.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Verf. hat in einem Falle ein Verfahren der Blasennaht angewendet, das geeignet ist, für den Fall des Wiederaufgehens der Naht dies Ereignis unschädlich

zu machen, weil der Blasenriß nicht mehr in der Bauchhöhle sitzt.. Es wurde der Blasenteil, welcher das intraperitoneale Loch trug, stark nach vorn gezogen, dann das Parietalperitoneum der Bauchwand außerhalb des Blasenrisses mit der Blase resp. dem bedeckenden Bauchfell vernäht. In dem beschriebenen Falle war der Riß 10—12 cm lang und zog sich unterhalb der oberen Kuppe der Blase an der vorderen Wand beginnend über die Kuppe an der Hinterwand fast bis zum Prostataansatz herunter. Der Erfolg war ein sehr guter, so daß Verf. das Verfahren für ähnliche Fälle empfiehlt. **Blauel** (Tübingen).

41) **Wieting und Effendi.** Resultate des hohen Steinschnittes.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 2.)

Die Verff. schildern die ausgezeichneten Resultate, welche mit dem hohen Steinschnitt an dem kaiserlich ottomanischen Spital Gülhane zu Konstantinopel erzielt wurden. Die Sectio alta ist fast die einzige Operation, die aus mancherlei äußeren Gründen dort beim Steinleiden vorgenommen wird. Die primäre Naht der Blase und die glatte Heilung ist die Regel. Dauerkatheter werden meist nur während der Nacht eingelegt, da sie anscheinend nicht günstig auf den Heilverlauf wirken. Was die Technik der Nahtanlegung betrifft, so halten Verff. nicht viel von gekünstelten Verfahren, wie sie z. B. Jonnescu ausübt. Sie vernähen die Schleimhaut fortlaufend mit Katgut, die Blasenmuskulatur mit Seidenknopfnähten. Die Cystopexie lehnen sie ab, da sie zu wenig Rücksicht auf das Verhalten nach der Heilung und auf spätere Komplikationen nimmt. So kann sie bei Operationen wegen Rezidivs des Steinleidens den Eingriff sehr erschweren.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

42) **O. Hildebrand.** Über einen Fall von Ureterriß.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Verf. berichtet über den seltenen Fall eines Harnleiterrisses. Es handelte sich um einen 44jährigen Mann, welcher durch Überfahrenwerden verunglückte. Es fand sich bei ihm eine schwere Brust- und Bauchquetschung, mehrfache Rippenbrüche, ein retroperitonealer Duodenalriß und ein $^1/_2$ cm von der Blasenmündung sitzender, 1 cm langer Riß des Harnleiters in der Längsrichtung. Verf. erklärt sich den Mechanismus der Entstehung so, daß durch die plötzliche Entleerung des Nierenbeckens und der Niere infolge der Quetschung beim Unfall der Harnleiter plötzlich über seine Elastizitätsgrenze hinaus gedehnt wurde und nun dort riß, wo er aus dem locker gebundenen, leicht fixierten Teil in den stark fixierten übergeht, das ist kurz vor seinem Blaseneintritt. **Blauel** (Tübingen).

43) **J. Tansini** (Palermo). Contributo di chirurgia renale.

(Festschrift für E. Bottini. Palermo, Tipografia matematica, 1902.)

Zur vorliegenden Arbeit hat Verf. sein reiches, 61 Nierenoperationen umfassendes Material verwertet. Es sind dies 10 Nephropexien, 20 Nephrotomien (6 Todesfälle) und 31 Nephrektomien (mit 1 Todesfall im Anschluß an die Operation und 2 Spätverlusten). Die Betrachtungen, welche an diese Fälle geknüpft werden, beziehen sich lediglich auf die Operationsmethoden und ihre Indikationen. Was zunächst die Nephropexie anlangt, so beschreibt T. sein Verfahren, welches ihm gute Dienste geleistet hat. Dieses besteht darin, daß nach Entfernung eines größeren Teiles Fettkapsel ein 6 cm langes und 1 cm breites Stück Capsula propria entlang dem konvexen Rande exzidiert (Dekortikation) und nun die Niere durch sechs feine, die Capsula propria und adiposa sowie die Lendenmuskulatur durchgreifende Seidenfäden so hoch wie möglich fixiert wird. Eine Etagennaht verschließt die Wunde vollkommen.

Ein weites Feld räumt T. der Nephrektomie ein. Dazu haben ihn anscheinend die weniger guten Erfahrungen, welche er mit der Nephrotomie gemacht hat, gegenüber den glänzenden Erfolgen der Nephrektomie veranlaßt. Die Indikationsstellung für die genannten Operationen gibt nun T. in einer — wie dem

Ref. dünkt — etwas schematischer Weise. Bei großen ausgedehnten Pyonephrosen ist nämlich nach T. zunächst die Nephrotomie angezeigt, später folgt ev. die Nephrektomie. Bei nicht sehr großer oder kaum vergrößerter Niere empfiehlt Verf. die Nephrektomie in erster Sitzung, falls Fieber und Kräfteverfall vorhanden. Auf eine gesonderte Indikationsstellung je nach der Ätiologie der Eiterung geht T. nicht ein. Zur Freilegung der Niere wählt T. ausschließlich den lumbalen Weg; dies auch bei soliden und großen Geschwülsten. Besonders bei verwachsenen und umfangreichen Geschwülsten rät Verf., möglichst bald den Stiel aufzusuchen und die Gefäße mittels Dauerklemmen zu versorgen, die 36 bis 48 Stunden liegen bleiben, und welche besonders bei infiziertem Terrain oder kurzem Gefäßstiel sicherer vor Blutung und Nachblutung schützen.

A. Most (Breslau).

44) **T. A. Davis** (Chicago). Subparietal rupture of the kidney.
(Annals of surgery 1902. September.)

D. berichtet über einen Fall von Ruptur der rechten Niere bei einem 18 Jahre alten jungen Manne infolge Hufschlags in die rechte Bauchseite.

Er machte zuerst eine Laparotomie und fand einen Riß in der Serosa des Colon ascendens. Er schloß dann die Wunde nach Einlegung von Gazestreifen und machte sofort eine rechtsseitige Nephrotomie. Da er eine ausgedehnte Ruptur der rechten Niere fand, drainierte er anfangs, wurde aber durch die sich anschließende profuse Eiterung nach mehr als $1^1/_2$ Monaten genötigt, die Niere zu exstirpieren, worauf Heilung eintrat.

Im Anschluß an diesen Krankheitsbericht beschäftigt sich D. mit der Frage der subkutanen Nierenrupturen überhaupt. Er hat aus der Literatur der Jahre 1897—1901, d. h. nach der großen Statistik von Keen (118 Fälle von Nierenruptur), 44 einschlägige Fälle zusammengestellt mit einer Sterblichkeit von 20,5%. Im einzelnen stellen sich die Resultate wie folgt: 26 Fälle wurden operiert mit 4 Todesfällen = 15,3%. Nicht operiert wurden 8 Fälle mit 3 Todesfällen = 37,5%.

9mal wurde nur drainiert mit 2 Todesfällen = 22,22%. Die Nephrektomie wurde 18mal gemacht mit 2 Todesfällen = 11,11%, in beiden Fällen konnte die Operation den Verblutungstod nicht mehr verhindern. In 18 Fällen wurde die Frühoperation gemacht, es starb 1 Pat. = 5,5%. In 8 Fällen wurde erst später operiert, es starben 3 = 25%.

Des weiteren beschäftigt sich Verf. mit der Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der Nierenrupturen. Davon sind beachtenswert nur die Bemühungen D.'s, eine Richtschnur für die Behandlung der Nierenrupturen zu finden und festzulegen. Er hat zu diesem Zwecke eine Umfrage bei den elf namhaftesten amerikanischen Chirurgen veranstaltet, denen er drei Fragen vorlegte: 1) Welche Erfahrungen sind gemacht worden mit dem vollständigen Nahtverschluß der Nierenwunde a. nach Nephrotomie im allgemeinen, b. nach Nierenverletzungen? 2) In welchen Fällen von Nephrotomie oder von Nierenverletzungen wurde die Niere drainiert? 3) Sind irgendwelche besondere Bemerkungen über die Erfahrungen bei Nierenwunden zu machen? Die Antworten nun, welche auf diese Fragen erfolgten, sind so verschieden ausgefallen, daß sie zu einer Klärung der Frage nicht beitragen konnten. Insbesondere sind die Prinzipien der einzelnen Operateure betreffend den primären Nahtverschluß oder den Vorzug der Drainage außerordentlich auseinandergehend.

Verf. selbst kommt auf Grund der von ihm gesammelten Fälle zu folgenden Resultaten:

1) Mit zunehmender Vervollkommnung der Technik sind die Todesfälle an Sepsis und Verblutung immer seltener geworden, so daß die Mortalität bald auf 15% zurückgehen wird.

2) Nur in leichteren Fällen, d. h. wenn nur eine leichte Hämaturie besteht, kann man abwarten, in allen Fällen mit schweren Symptomen soll man möglichst bald operieren.

3) Nephrotomie mit Tamponade genügt in den Fällen, wo der Blutverlust

noch nicht unmittelbar bedrohlich ist, in allen Fällen von drohender Verblutung soll die Nephrektomie gemacht werden.

4) Schwer ist die Entscheidung, ob und wann man operieren soll, nur in nicht mehr ganz frischen Fällen. Jede Phase muß dann genau beobachtet werden, und im Falle des Zweifels soll man lieber operieren als weiter abwarten.

5) Wirklicher schwerer Chok kann ein Grund sein, abzuwarten, jedoch soll man drohende Verblutung nicht mit Chok verwechseln.

6) D. rät, stets zu drainieren resp. zu tamponieren. **Seefisch** (Berlin).

45) **A. Pousson.** Traitement chirurgicale de la tuberculose rénale.

(Bull. méd. 1903. Nr. 8.)

P. teilt einen von ihm operierten typischen Fall von hämatogener Nierentuberkulose mit, und tritt für die möglichst frühzeitige Operation der primären Nierentuberkulose ein. P. hat bisher 20mal wegen Tuberkulose der Niere operiert. Die Kranken, an denen wegen des schlechten Allgemeinzustandes die Nephrotomie ausgeführt wurde, starben sämtlich (6) schnell nach der Operation. Von 14 Nephrektomierten starben 2 rasch nach der Operation an Entkräftung und Oligurie, 1 an Tetanus nach 18 Tagen. Von den übrigen 11 starben 2 nach Monaten an Lungenphthise, einer 15 Monate später an Urämie infolge Infektion der anderen Niere, 1 nach 7 Jahren an allgemeiner Tuberkulose. Die anderen 7 leben noch, $1^1/_2$—6 Jahre nach der Operation. **Mohr** (Bielefeld).

46) **C. Frazier.** Renal decapsulation.

(Transact. of the med. soc. of the Univ. of Pennsylvania 1903. Februar 20.)

Kind mit chronischer parenchymatöser Nephritis, Anasarka, Aszites; der spärliche Urin enthält Eiweiß und Zylinder. Wegen andauernder Verschlimmerung Operation. Die Kapsel der rechten Niere wird abgestreift und entfernt. Schnelle Zunahme der Urinmenge nach der Operation, Anasarka nach 8 Tagen geschwunden. Die Besserung begann am 3. Tage p. op. und hielt seither (6 Wochen) an.

Mohr (Bielefeld).

47) **M. Matsuoka.** Über multiple Papillome der harnführenden und der harnbereitenden Wege der Niere.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 306.)

M. publiziert aus der chirurgischen Klinik in Tokio (Prof. Scriba) zwei Fälle von Papillom (Zottenpolyp von fibro-epithelialer Natur) des Nierenbeckens. Die Pat., eine 48jährige Frau und ein 53jähriger Mann, gingen der Klinik mit der Diagnose Nierengeschwulst zu. Nach dem Urinbefund (Eiweiß, Eiterkörperchen, aber keine Tuberkelbazillen) und nach dem Ergebnis der Probepunktion (eitrig-käsige Flüssigkeit) ließ sich nur Pyonephrose diagnostizieren. Die in beiden Fällen ausgeführte Nephrektomie führte das erste Mal zur Heilung, doch ist das spätere Schicksal der Pat. unbekannt geblieben; der zweite Pat. starb an Trismus. Das Operationspräparat stellt beide Male eine hydronephrotisch veränderte Niere dar, deren Nierenbecken rasenförmig mit papillösen Zotten besetzt ist. Die Wucherung setzt sich einerseits in den Harnleiter fort, andererseits von den Nierenpapillen aus auch ins Nierenparenchym, Harnkanälchen, Glomeruli, einzeln auch Gefäße mit Geschwulstzellen füllend. Die Geschwulstzotten besitzen ein Bindegewebsgerüst, welches mit einer dicken Schicht von Epithelzellen ummantelt ist. Die Verstopfung des Nierenbeckens und Harnleiters hat zur Nierensackbildung, die Affektion der Harnkanälchen zu einer interstitiellen Nephritis Anlaß gegeben.

Details siehe Original, das sieben gute makro- und mikroskopische Abbildungen, sowie Verzeichnis und auch kurze Besprechung der einschlägigen Literatur gibt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 36. **Sonnabend, den 5. September.** **1903.**

1) Handbuch der praktischen Chirurgie. Bearbeitet und herausgegeben von E. v. Bergmann, P. v. Bruns und J. v. Mikulicz. Vier Bände. Zweite umgearbeitete Aufl.

Stuttgart, **Ferdinand Enke,** 1903.

Nun liegt das große Sammelwerk zum zweitenmal vollendet vor, zwar nicht an Umfang vermehrt, wohl aber verbessert. Es war den Herausgebern sicher darauf angekommen, seinen Umfang wenn möglich soweit zu verkürzen, daß der Text in vier nicht zu unhandlichen Bänden untergebracht und der Preis herabgesetzt werden könnte.

Beides ist zunächst gelungen, aber nicht ohne einige Gewalttätigkeit: in dem ersten Bande mit dem Spezialtitel »Kopf« haben die Krankheiten der Speiseröhre, in dem zweiten mit dem Spezialtitel »Hals, Brustkorb, Wirbelsäule, Becken« die Hernien untergebracht werden müssen. Auf die Dauer wird das wohl nicht gehen. Denn abgesehen davon, daß die Lehre von den Eingeweidebrüchen nur von dem verstanden werden kann, der die anatomisch-physiologischen und allgemein pathologischen Verhältnisse des Bauchfells und der von ihm umhüllten Organe kennt, die Lehre von dieser also jenem Spezialkapitel vorangehen muß, so schreitet — wie gerade diese zweite Bearbeitung des Werkes zeigt — die Chirurgie zurzeit auf dem Gebiet der Bauchorgane — einschließlich der Harnorgane — so viel schneller fort, wie auf dem der anderen Körperabschnitte, daß eine dritte, nicht mehr ausmerzende Auflage diesen Band noch umfangreicher machen würde, als er jetzt schon geworden ist. Ordnet man dann die Herniologie an der richtigen Stelle ein, so dürften wir wohl eine fünfbändige Chirurgie bekommen, in der auch die Speiseröhre an der ihr zukommenden Stelle — vielleicht am Beginn von Band III — ihren Platz fände.

Die Neubearbeiter einzelner Kapitel (v. Bergmann, Körte, Nitze), jeder aus reichster eigener Erfahrung schöpfend und mit der Literatur der betreffenden Abschnitte voll vertraut, haben eben deshalb in knapper Sprache eine Fülle von Material niedergelegt, das, von allen unnötigen hypothetischen Fragen frei, wesentlich die feststehenden Tatsachen unseres jetzigen Wissens und Könnens gibt, in lebendiger subjektiver Beleuchtung, die den einzelnen Schriftsteller charakterisiert. Auch sonst haben sich die meisten Autoren bemüht, Unnötiges — wie Krankengeschichten, Ausnahmefälle, theoretische Betrachtungen, manches Veraltete, Abbildungen bekannter Instrumente usw. — fortzulassen, um dafür Einzelheiten, die nachzuholen waren, neuesten Erfahrungen speziell auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet Aufnahme zu gewähren, auch in Abbildungen; wie denn namentlich eine Anzahl neuer Skiagramme abgedruckt sind, vornehmlich aus dem Gebiet der Knochenerkrankungen. An einzelnen Stellen ist auch die Unfalls-Begutachtung mehr als bisher zu Worte gekommen. Bei den Schußverletzungen sind die Erfahrungen der letzten Kriege verwertet.

So hat das große Werk, das Deutschland zur Ehre gereicht, in dieser neuen Bearbeitung noch größere Einheitlichkeit gewonnen und wird weithin Verbreitung unter Chirurgen des In- und Auslandes finden. **Richter** (Breslau).

---

2) **T. Kocher** und **F. de Quervain.** Enzyklopädie der gesamten Chirurgie. Lieferung 18—37.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1903. Mit zahlreichen Abbildungen.

Die Enzyklopädie der gesamten Chirurgie liegt jetzt vollendet vor. Eine der letzten Lieferung beigegebene Vorrede hebt hervor,

daß das Werk wesentlich auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes berechnet ist und sagt: wenn für ein solches Sammelwerk Autoren gewonnen werden können, die, auf der Höhe stehend, den Stoff gemäß ihrer von langer Hand her in einem Spezialgebiet gemachten Erfahrungen und Untersuchungen vollkommen beherrschen und gewissenhaft und mit einer gewissen Lehrbegabung verwerten, so erhält der Arzt eine gedrängte Übersicht über die meisten Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung. Er kann sich dieselbe in kurzer Zeit zu eigen machen, mit Rücksicht auf den Kranken, der gerade sein Interesse und seine Verantwortung in Anspruch nimmt, und kann sich für sein therapeutisches Handeln und Entscheiden auf den Autor berufen, der verpflichtet war, ihm das zu bieten, was ihm zu wissen Not tut.

In der Auswahl ihrer Mitarbeiter lag eine Hauptaufgabe der Herausgeber; daß sie dabei meist sehr geschickt gewählt haben, das beweist deren Verzeichnis und noch besser das, was sie geliefert haben. Daß nicht von allen rechtzeitig ihr Manuskript eingelaufen, erklärt die seinerzeit vom Ref. gerügte Zersplitterung einzelner Kapitel, die bei einer zweiten Auflage nicht mehr vorkommen dürfte. Sehr zum Vorteil gereicht der Enzyklopädie ein Literaturverzeichnis, das dem Leser es ermöglicht, rasch die neueste maßgebende Literatur über den ihn interessierenden Gegenstand aufzufinden und so Wünschen nach breiterer Unterrichtung über denselben gerecht zu werden.

Somit kann die Anschaffung des Sammelwerkes, das von der Verlagshandlung trefflich ausgestattet ist, den Ärzten nur auf das beste empfohlen werden. Seiner wünschenswerten allgemeinen Verbreitung würde es sehr zugute kommen, wenn der Preis — jetzt 80 *M* — niedriger gestellt werden könnte. **Richter** (Breslau).

---

3) **E. Bennecke.** Operationsübungen an der Leiche.

Leipzig, **Hartung & Sohn,** 1903. 182 S. 108 Abbild.

In dem vorliegenden Werke, welches von einem Vorwort König's eingeleitet wird, will Verf. das zum Ausdruck bringen, was in den König'schen Operationskursen gelehrt und gezeigt wird. In erster Linie für Studierende bestimmt, um den Lernenden ein handlicher Leitfaden zu sein, kommt das Buch indessen auch den Interessen weiterer Kreise entgegen, insofern als sich der Verf. bemüht hat, durch Aufnahme einer Reihe im allgemeinen in den Kursen nicht geübter Operationen den Stoff abzurunden. Vielleicht wäre es hierbei empfehlenswert, bei einer neuen Anflage die Abrundung des Stoffes durch Hinzufügung einiger Bemerkungen über praktisch wichtige Dinge wie Inzision und Drainage der Gelenke, Bruchoperation, Bauchpunktion, Darmnaht zu vervollständigen. Daß außer den klassischen Operationen die Operationsmethoden König's besonders berücksichtigt werden, entspricht naturgemäß der Tendenz

des Buches, gleichwohl finden auch einige moderne bewährte Methoden anderer Autoren, z. B. die Bier'sche osteoplastische Unterschenkelamputation, der Wagner'sche Lappen usw. eingehendere Erwähnung; vermißt wird beim Kniegelenk die bogenförmige Resektion nach Helferich.

Von den sechs Abschnitten, in die das Werk eingeteilt ist, behandelt der erste das Instrumentarium. Der zweite Abschnitt beschäftigt sich mit Unterbindungen der Gefäße, denen jedesmal eine kurze Schilderung der topographischen Anatomie vorangeschickt ist. Der dritte Abschnitt ist den Amputationen und Exartikulationen, der vierte den Resektionen gewidmet. Im fünften Kapitel werden die wichtigsten Operationen an den Harn- und Geschlechtsorganen besprochen. Das Schlußkapitel enthält unter »Verschiedenes« Trepanation, Trigeminusresektion, Rippenresektion, Tenotomie der Achillessehne, Tracheotomie und Mammaamputation.

Sicher wird das kleine Werk infolge der präzisen Fassung und der zahlreichen demonstrativen Zeichnungen den jeweiligen Hörern König's ein willkommener Leitfaden und seinen ehemaligen Schülern ein wertvolles Repetitionsbuch sein, und sicher wird es sich in weiteren Kreisen auch unter denen, die nicht zu König's Schülern gehören, recht zahlreiche Freunde erwerben.

C. Deutschländer (Hamburg).

---

4) R. Pollatschek. Über Zylindrurie und Albuminurie beim Erysipel.

(Zentralblatt für innere Medizin 1903. Nr. 20.)

Veranlaßt durch die häufigen Befunde von Zylindrurie bei einer Reihe von Erkrankungen hat P. auch beim Erysipel Untersuchungen über das Vorkommen reiner Zylindrurie angestellt. Er untersuchte im ganzen 50 Fälle, die ausschließlich ein typisches Erysipel ohne Komplikationen, wie Lymphangitis, Eiterung usw., hatten. Die Untersuchungen wurden in der Weise ausgeführt, daß der in allen zweifelhaften Fällen durch Katheterismus gewonnene Urin gleich nach der Ankunft der Kranken, spätestens jedoch am nächsten Tage sofort untersucht wurde. Die Untersuchungen wurden während des Fiebers jeden 2.—3. Tag und sodann möglichst bald nach der Entfieberung, oft schon in den ersten darauffolgenden Stunden wiederholt. Als Eiweißproben kamen die Ferrocyankaliumprobe und in zweifelhaften Fällen die Jolles'sche Methode in Anwendung; an jede chemische Untersuchung schloß sich sofort die mikroskopische Untersuchung des durch Zentrifugieren gewonnenen Harnsediments an.

Hierbei konnte P. in dem nicht unerheblichen Prozentsatz von 38% Zeichen der Nierenschädigung feststellen; und zwar bestanden in 7 Fällen leichteste Formen der Albuminurie, bei denen nur bei einer einzigen Untersuchung Eiweiß nachweisbar war. In 3 Fällen zeigte sich eine Albuminurie von mehr als zweitägiger Dauer und in 6 Fällen waren Albuminurie und Zylindrurie gemeinsam vor-

handen. Reine Zylindrurie ohne Albuminurie ließ sich 3mal nachweisen. Die Frage, ob das Vorkommen reiner Zylindrurie einen höheren oder niedrigeren Grad der Nierenreizung darstelle, läßt P. offen. Der Verf. schließt aus seinen Untersuchungen, daß das Auftreten selbst größerer Eiweißmengen mit gleichzeitigem Erscheinen renaler Elemente im Sediment rein transitorischer Natur sein könne und noch nicht zur Stellung einer schweren Prognose berechtige.

C. Deutschländer (Hamburg).

---

5) **J. T. Moore.** Post-operative malaria, with a report of two cases.

(New York med. record 1903. Februar 21.)

Häufig beobachtete Rückfälle von Malaria im Anschluß an chirurgische Eingriffe und durch letztere hervorgerufen veranlassen den Verf. zu der Empfehlung, vor der Operation jeden Pat., der aus Malariagegenden kommt oder früher Anfälle hatte, einer sorfältigen Bluntuntersuchung resp. Vorbehandlung mit Chinin zu unterwerfen.

Es ist von verschiedensten Seiten festgestellt worden, daß besonders die chronischen Formen von Malaria sehr ungünstige Komplikationen für den Wundverlauf abgeben und auch als Schädigung des gesamten Organismus für schlechten Ausgang der Operation mit verantwortlich sind.

Loewenhardt (Breslau).

---

6) **K. Ullmann.** Über Wirkungen konstanter Wärme auf die Haut und andere Organe, mit Demonstration des Hydrothermoregulators und verschiedener Thermokörper.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXVI. Nr. 1.)

Der Hydrothermoregulator des Verf., über dessen Konstruktion das Nähere im Original nachgelesen werden möge, dient zur konstanten Wärmezufuhr zu den verschiedensten Körperteilen; die Wärmeabgabe findet rascher durch metallene, langsamer durch Gummi-»Thermoden« statt. Die benutzten Wärmegrade schwanken zwischen Körpertemperatur und 44°. Verf. konnte sich von der Durchwärmung bis in die Muskellager überzeugen. Er unterscheidet bakterizide, resorptive, histoplastische und schmerzstillende Wirkungen, und hat schon eine Anzahl günstiger Erfolge bei Hautkrankheiten, Ulcus molle, gonorrhoischem und anderem Rheumatismus, torpiden Geschwüren, Neuralgien usw. zu verzeichnen. Die Apparate sind bei J. Rohrbeck's Nachf. (Wien) resp. bei Leiter erhältlich.

Jadassohn (Bern).

---

7) **Gley.** De l'action des injections intraveineuses de gélatine sur la coagulabilité du sang.

(Soc. de biologie 1903. April 4.)

Verf. zeigte experimentell, daß die koagulierenden Eigenschaften der Gelatine gleich Null sind, wenn man vor der Einspritzung die

Gelatine genau neutralisiert. Die käufliche Gelatine enthält immer 2—5% Kalziumchlorid; wurde dieses entfernt, so trat bei den Versuchstieren eher eine Verminderung als eine Vermehrung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes auf. Die koagulierenden Eigenschaften der Gelatine beruhen also in Wirklichkeit auf der sauren Reaktion und dem Kalkgehalt derselben. **Mohr** (Bielefeld).

---

8) **F. Zachrisson.** Klinische Studien über den Wert der intravenösen und subkutanen Salzwasserinfusion bei akuter Anämie.

(Upsala Läkareförenings Förhandlingar N. F. Bd. VIII. Hft. 2—7.)

In einer umfassenden und überaus fleißigen Arbeit teilt der auf dem Gebiet der experimentellen Salzwasserinfusion bei Tieren wohl bewanderte Verf. eine Reihe klinische Beobachtungen mit, die an der Klinik Lennander's, seines Lehres, gewonnen sind bei der Behandlung der akuten Anämie mit intravenös und subkutan appliziertem Kochsalzwasser. Danach liefert er eine umfassende Zusammenstellung der bezüglichen Erfahrungen in allen Kulturländern. Schließlich beschreibt er ausführlich die Technik, Symptomatologie, Indikationen und Kontraindikationen der Kochsalzinfusion. Dem Verf. in irgend einer dieser Fragen näher zu folgen, verbietet der Raum eines Referats; einige praktisch wichtige Fragen können indes nicht unerwähnt bleiben.

Als Infusionsapparat kann man den bekannten Sahli'schen benutzen; die Infusionsflüssigkeit muß mit dem Blute isotonisch sein, 9 g Kochsalz auf 1 Liter Wasser; zu dieser Lösung setzt Z. stetig 3 g Traubenzucker. Für subkutane Zwecke kann der Zuckergehalt bis auf 10% erhöht werden; außerdem kann nicht selten 1- bis 3%iger absoluter Alkohol beigemischt werden. Die Temperatur darf, da die Lösung in die Vene einfließt, nicht unterhalb 37° fallen. (In praxi kann man sagen, daß, wenn die Temperatur im Kolben 42° beträgt und der Verbindungsschlauch 2 m lang ist, die nötige Temperatur bei Zimmerwärme erreicht wird.) Die Einlaufsgeschwindigkeit darf nicht 1500 ccm in 15 Minuten überschreiten (nicht mehr als 700 ccm darf an einer Stelle injiziert werden, wenn man sich der subkutanen Methode bedient).

Die Schlußfolgerungen Verf. sind folgende.

1) Sowohl die experimentellen als die klinischen Studien Verf. haben nachgewiesen, daß die intravenöse und in geringerem Grade die subkutane Infusion unter besonderen Verhältnissen bei akuter Anämie lebensrettend wirken können.

2) Die intravenöse Infusion hat sich bei der Behandlung der Folgen der akuten Anämie der subkutanen sehr überlegen gezeigt und soll in allen schwierigeren Fällen angewendet werden.

Hansson (Cimbrishamn).

---

9) **E. Graef** (Frankenhausen). Zur Behandlung des äußeren Milzbrandes.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 10.)

Mit überzeugender Klarheit, gestützt auf ein reiches Material aus seiner Praxis, wendet sich Verf. gegen den in letzter Zeit mehrfach gemachten Vorschlag, die Milzbrandpustel an sich ganz unbehandelt zu lassen und lediglich Bettruhe, Hochlagerung und entsprechende Diät zu verordnen. Er selbst hatte unter 75 Fällen, die er mit sofortiger Ätzung behandelt hat, 3 Todesfälle, 10 Genesungen nach Überwindung verschiedener Komplikationen und 62 unmittelbare abortive Beseitigungen aller Beschwerden, wobei dann nur noch eine Nachbehandlung der granulierenden kleinen Geschwürsfläche nötig war. Die Ätzung mit dem Kalistift muß sehr gründlich vorgenommen werden. Verf. schließt mit folgenden Sätzen:

1) Die günstigen Erfolge der rein zuwartenden Behandlung der durch äußere Infektionen herbeigeführten Milzbranderkrankungen berechtigen uns nicht, auf die örtliche Behandlung der Infektionsstelle, der Milzbrandpocke, zu verzichten, da deren zeitige Zerstörung sehr wohl vermag, den Ausbruch der Allgemeinerkrankung überhaupt zu verhindern.

2) Die einfachste und zweckmäßigste Art dieser örtlichen Behandlung ist die Ätzung mit dem Kalistift.

3) Das Ausschneiden des nekrotischen Kerns im Toten ist als Vorbereitung zur Ätzung zulässig und ungefährlich.

4) Das Spalten und Ausschneiden der Milzbrandpocke im Lebenden ist zum mindesten völlig überflüssig, ohne nachfolgende Ätzung geradezu gefahrbringend, mit Nachätzung unnütz verwundend.

Schmieden (Bonn).

---

10) **v. Baracz.** Zur Behandlung des Milzbrandes mit intravenösen Injektionen von löslichem Silber (Collargolum) und über die Anwendbarkeit anderer löslicher Silberpräparate zu intravenösen Injektionen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 2.)

v. B. hat 3 Fälle von Milzbrand mit schweren Allgemeinerscheinungen mit intravenösen Injektionen von Collargol ohne besondere örtliche Therapie behandelt und danach einen raschen Temperaturabfall und Besserung des Allgemeinbefindens gesehen, so daß er nicht ansteht, den günstigen Ausgang der Anwendung des Silberpräparates zuzuschieben. Trotz hoher Dosen, die er verabreichte, hat er keine üblen Zufälle bei seinen Pat. erlebt. Die Injektionen werden in die Venen des Armes gemacht. Nur bei sehr kleinen Venen wird das Gefäß zur Injektion durch einen kleinen Einschnitt bloßgelegt. Auch bei Typhus hat v. B. Versuche mit Collargolbehandlung gemacht und ermutigende Resultate erzielt, die noch andern Orts publiziert werden sollen.

Kaninchen, welche Verf. mit dem Gifte eines seiner Milzbrandkranken infizierte, konnte er durch Collargolinjektionen nicht retten. Er glaubt, daß dies an der außerordentlich großen Empfänglichkeit dieser Tiere für den Anthrax und andererseits an der gewählten, wohl zu energischen Infektionsart lag. Weiterhin suchte v. B. nun an einer großen Reihe von Versuchstieren zu erproben, welche Toleranz sie für verschiedene lösliche Silberpräparate bei intravenöser Injektion besäßen. Er experimentierte mit Argentamin, Argonin, Protargol, Largin, Ichthargan und Collargol. Die Einspritzungen fanden jedesmal in die bloßgelegte Vena jugularis externa statt. Auf Grund der so gewonnenen Erfahrungen muß das Argentum colloidale Credé als das verläßlichste Präparat zur subkutanen Injektion angesehen werden, das in bedeutend höheren Dosen als bisher anwendbar ist. Die anderen Silberpräparate eignen sich weniger; sie dürften vielleicht zur lokalen Anwendung als Ersatzmittel des Argentum nitricum geeignet sein.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

11) **F. Sternberg.** Über Operationen an Diabetischen.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 5.)

Aus eigenen Beobachtungen am Rudolfiner-Haus in Wien und Literaturstudien faßt der Verf. seine Ausführungen in drei Sätzen zusammen: An einem Diabetischen kann jeder als notwendig erkannte operative Eingriff ausgeführt werden. Die Diät ist zu überwachen; eine diätetische Vorbereitungskur ist wünschenswert, aber nicht Bedingung. Narkose, Operationsmethode und Verband sind so einfach als möglich zu wählen. **Herm. Frank** (Berlin).

---

12) **Wertheim-Salomonson** (Amsterdam). Über eine radiographisch nachweisbare Veränderung der proximalen Knochenfragmente bei Frakturen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 4.)

Bei einigen seiner Röntgenbilder von Knochenbrüchen fand W.-S. den proximalen Teil des frakturierten Knochen auffällig wenig lichtdurchlässig, während die distalen Teile nicht nachweisbar verändert waren. W.-S. nahm zunächst an, daß es sich nicht um ein Dunkelwerden des zentralen Teiles handelte, sondern um ein Hellerwerden des distalen Knochenfragments, eine Erscheinung, die der Sudeck'schen und Kienböck'schen Knochenatrophie am nächsten stand. Es zeigte sich aber bei der Vergleichung mit dem gesunden Knochen der anderen Seite, daß tatsächlich eine verminderte Transparenz bei dem proximalen Fragment vorlag. Eine sichere Erklärung weiß W.-S. nicht; er vermutet, daß es sich vielleicht um einen Abschluß der arteriellen Blutversorgung des proximalen Fragmentes (Läsion der Art. nutritia) handeln dürfte. In-

folgedessen stellt sich eine venöse Hyperämie ein, die während der der ersten Zeit wenigstens mit einer Kalkablagerung einhergeht.

H. Wagner (Breslau).

---

13) **Voituriez.** Complications osseuses post-varioliques.

(Journ. des sciences méd. de Lille 1903. Februar 21.)

V. hat gelegentlich einer Pockenepidemie in Lille zahlreiche Fälle von Beteiligung der Knochen und Gelenke im Verlauf der Krankheit beobachtet. Die Knochenerkrankungen müssen in zwei Klassen geteilt werden: einmal kommen während der Rekonvaleszenzzeit Ostitiden vor, welche wahrscheinlich durch das Variolavirus selbst erzeugt werden; diese Formen beginnen langsam und verlaufen gewöhnlich gutartig in Form einer Anschwellung an der Diaphyse der langen Röhrenknochen. Zur Eiterung kommt es meist nicht, doch bleibt oft eine Verdickung des Knochens zurück. Die zweite Klasse von Fällen kommt durch sekundäre Infektion mit Eiterkokken, meist Streptokokken, zustande und verläuft als gewöhnliche Streptokokkenosteomyelitis mit Sitz an den Enden der langen Röhrenknochen, häufigen Gelenkvereiterungen und Pyämie.

Mohr (Bielefeld).

---

14) **P. Vignard** et **L. Gallavardin.** Du myélome multiple des os avec albumosurie.

(Revue de chir. Année XXIII. Hft. 1.)

Die Kenntnis der primären, auf das Knochengerüst in ihrer ganzen Entwicklung beschränkten Geschwülste ist noch nicht völlig geklärt. In der Literatur finden sich unter gleichen Beziehungen vereinigt Sarkome, Endotheliome, Lymphosarkome und Myelome. Und doch gibt es eine Reihe von Merkmalen, die den letzteren eine ganz gesicherte Sonderstellung einräumen durch ihr klinisches und mikroskopisches Verhalten. Dasselbe ist charakterisiert durch das gleichzeitige multiple Auftreten zahlreicher Geschwülste in den Knochen mit rotem Mark (Rippen, Rückenwirbel, Schädel, Brustbein), jedenfalls mit ausschließlicher Beschränkung auf das Skelett und Fehlen von Eingeweidemetastasen. Das Wachstum der Geschwülste ist ein so gleichzeitiges und rapides, daß die Erkennung einer primären Geschwulst nicht möglich ist. Von pathognomonischer Wichtigkeit ist das Vorkommen des Bence-Jones'schen Körpers im Urin, einer Albumose, die bei 50—60° ausfällt, sich im Knochen löst, um später, bei Abkühlung auf 60°, wiederum sich niederzuschlagen.

Mikroskopisch stellen sich die Myelome als fast ausschließlich aus polyedrischen Zellen mit dunkelgefärbten Kernen bestehend dar, welche große Ähnlichkeit haben mit nicht granulierten Myelocyten, als deren Abkömmlinge sie gedeutet werden. Stroma fehlt; die Geschwülste wachsen unter rapider Auflösung der Knochensubstanz, die völlig verschwindet.

Christel (Metz).

---

15) C. Adrian. Über die von Schleimbeuteln ausgehenden Neubildungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Verf. hat aus der Literatur 17 einwandsfreie primäre, echte Schleimbeutelgeschwülste zusammengestellt und fügt zu dieser Kasuistik noch 2 weitere Fälle aus der Rostocker und Straßburger chirurgischen Klinik. Der erste derselben betraf ein Sarkom der Bursa praepatellaris, der zweite ein solches der Bursa subdeltoidea. Auf Grund dieses Materials gibt Verf. sodann ein klinisches Gesamtbild der echten Schleimbeutelgeschwülste. Differentialdiagnostisch kommt neben periostalen Geschwülsten, von der Haut ausgehenden Geschwülsten und Gummata vor allem das chronische Schleimbeutelhygrom in Betracht. Die Behandlung verlangt stets eine gründliche Exstirpation, event. die Absetzung des ganzen Gliedes.

Blauel (Tübingen).

---

16) A. Frommer. Zur Technik der osteoplastischen Amputation.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 2.)

Bei den Amputationen nach der Bier'schen Methode erlebte Verf. häufig Mißhelligkeiten, wenn nicht Nekrose des Knochen-Periostlappens und sekundäre Loslösung desselben, so doch teilweise Sequesterbildung mit Gefährdung des Endresultats. Als wesentliche Ursache dieses Mißerfolges sah er die vollständige Ablösung des Periosts von Haut und Muskeln an. Nach diesen Erfahrungen und Anschauungen hielt er die Bildung eines Haut-Periost-Knochenlappens für am vorteilhaftesten, und der Erfolg, den er bei 30 Fällen erzielte, bestätigte die Richtigkeit seiner Theorie. Kein einziger Haut-Periost-Knochenlappen hat sich abgestoßen; fast in allen Fällen trat prima intentio ein, und der Stumpf war meist schon nach einigen Tagen gegen starken Druck unempfindlich. Der einzige Nachteil ist die etwas schwierigere Technik, die im einzelnen genauer beschrieben und an Abbildungen klar ersichtlich gemacht ist. Der Hauptunterschied gegen das Bier'sche Verfahren besteht also darin, daß der Periost-Knochenlappen im Zusammenhang mit den übrigen Weichteilen bleibt und dadurch weniger leicht absterben kann. Die beschriebene Modifikation gilt F. als das Normalverfahren bei Amputationen in der Diaphyse des Ober- und Unterschenkels; nur dort, wo es, wie bei sehr marantischen Individuen, auf sehr rasche Ausführung ankommt, hält er die frühere Amputationsmethode für angebracht.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

17) De Hints. Du mécanisme les luxations de l'humérus causées par action musculaire.

(Revue de chir. Année XXII. Nr. 12.)

In der Literatur sind 25 Fälle von Schulterverrenkung durch Muskelzug niedergelegt, den die Beobachtung de H. zugezählt werden

muß. Es sind fast alle Verrenkungsarten vertreten, nur bei einigen läßt sich die Deutung derselben nicht sicherstellen. Als ursächliche Bewegungen sind verzeichnet: Aufwärtsüberstreckung des Armes mit und ohne Belastung, Herabnehmen einer Last aus Reichhöhe, beziehentlich Hochziehen des Körpers mit aufwärtsgestreckten Armen (Klimmzug), Herabnehmen einer Last mit schulterhoch erhobenen Armen, Erheben eines Gewichts vom Boden mit seitlicher oder nach vorn gerichteter Haltung des Armes, heftige Hiebbewegung nach innen (mit oder ohne Belastung der Hand).

Der Hauptteil der Arbeit beschäftigt sich mit dem Mechanismus der Verrenkung durch Muskelzug, dessen Erörterung auf breitester Grundlage entwickelt wird. Verf. widerlegt zunächst die Erklärungsversuche von Bardenheuer (Krönlein, Streubel), welche annehmen, daß bei hocherhobenem Arm der Deltoideus den Oberarm gegen das Akromion heranziehe und dadurch, daß bei schulterhoch erhobenem Arm eine Art relative Überstreckung zustande komme, die Verrenkung erzeugt werde, indem gewissermaßen das Schulterblatt eine Drehung um seine sagittale Achse nach innen erleide: wodurch das Akromion auf den Oberarm aufgedrückt werde.

Hierzu fehlen nach de H. die physiologischen Vorbedingungen, da sofort bei jeder Erhebung des Armes das Schulterblatt gegen den Brustkorb fixiert wird durch den Serr. major und cucull., gegen welche eine isolierte Aktion, z. B. der Rhomboid., gar nicht in Frage komme. Nach de H. ist vor allem für das Zustandekommen einer Verrenkung der Umstand verantwortlich zu machen, daß 1) beim Erheben des Armes der Deltoid. den Oberarm gegen die Gelenkpfanne andrängt und dadurch aus dem Oberarm einen zweiarmigen Hebel macht; daß 2) die Muskelmasse des sich verkürzenden Deltoid. einen direkt nach abwärts gerichteten Druck auf den Oberarmkopf auszuüben imstande sei. Hierzu kommen sodann der gleichzeitige Zug der Mm. pectoralis maj. und lat. dorsi, welche den Oberarmkopf durch die gerissene Kapsel zögen.

Bei den Verrenkungen während der Hebelbewegungen ist der Mechanismus ein anderer, insofern die hintere Portion des Deltoid., die an sich in einem gewissen Antagonismus zu der vorderen steht, allein die Fixation des Oberarmes übernehme, während der Pect. maj. den Oberarm, der am Brustkorb eine Art Hypomochlion findet, nach abwärts bezw. subakromial verrenkt. De H. konnte etwas Ähnliches an einem Leichenversuch demonstrieren.

Die größte Schwierigkeit bietet die Ausrenkung beim Anheben von Lasten einer ausreichenden Erklärung. De H. führt ihr Zustandekommen auf einen Antagonismus des Deltoid. und des Pect. major zurück; die beiden — letzterer vermöge seiner vom Schlüssel- bezw. dem Brustbein kommenden Faserzüge — heben den Oberarm nach aufwärts. Ist dabei, wie häufig beim Ergreifen einer Last, der Arm in Supination, so wirkt der rein abduzierende, eher nach auswärts rollende Deltoid. entgegen dem nach innen ziehenden Pect. major;

der Ansatz des Deltoid. wird zum Hypomochlion, und der Arm wird subglenoidal bezw. subcoronoideal verrenkt. **Christel** (Metz).

---

18) Ritschl. Zur Mobilisierung der Schultergelenkskontrakturen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 2.)

Während man bisher bei der Mobilisierung der Schultergelenkskontrakturen das Schulterblatt manuell oder maschinell fixierte und die Bewegungen an der oberen Extremität ausführte, berichtet R. über gute Resultate, bei denen er umgekehrt das Redressement am Schulterblatt bei fixiertem Arme vorgenommen hatte. Durch den seitlichen Druck auf den vorstehenden, lateralen Rand des Schulterblattkörpers konnte er eine außerordentlich energische, dehnende Wirkung auf die verkürzten Gelenkweichteile an der Achselhöhlenseite ausüben. **Hartmann** (Kassel).

---

19) Schmidt. Entstehung und Behandlung der Kniescheibenbrüche bei Heeresangehörigen.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1903. Hft. 6.)

Die aus der Breslauer Klinik hervorgegangene Arbeit gibt die Ansichten v. Mikulicz's über Kniescheibenbrüche wieder. Letzterer unterscheidet bezüglich der Behandlung zwischen den direkten (Stoß) und den indirekten (Riß) Frakturen. Bei den ersteren sind die Hilfsbänder des Streckapparates erhalten, bei den letzteren sind sie zerrissen; bei den ersteren wird nur baldmöglichst Massage und orthopädische Übung, bei den letzteren grundsätzlich die Knochennaht ausgeführt.

Aus der militärärztlichen Literatur stellt Verf. fest, daß bei den Mannschaften des Heeres vorwiegend die Stoßfrakturen vorkommen. Von 33 im Heere beobachteten Frakturen konnten nur 7 dem Dienste zurückgegeben werden, obwohl in einer großen Anzahl der Fälle das anatomische und funktionelle Heilungsresultat ein gutes war. Verf. weist mit Recht darauf hin, daß mit bezug auf diese Verletzungen ein großer Unterschied besteht zwischen der Möglichkeit, die bürgerliche Beschäftigung wieder aufzunehmen und der Möglichkeit, die anstrengenden Marsch- und Reitübungen des militärischen Dienstes zu ertragen. **Herhold** (Altona).

---

20) L. Athabegian. Über die Lage der Achillessehne bei verschiedenen Fußstellungen und bei Kontraktion der Wadenmuskulatur.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 2.)

A. ist auf Grund präziser Messungen und Berechnungen zu folgenden Resultaten gekommen, daß

1) wenn man sich bei gestrecktem Knie auf die Zehen erhebt, die Achillessehne von der Tibia abrückt, und zwar in den höher liegenden Punkten mehr, als in den dem Talus näher liegenden Punkten;

2) wenn man beim Sohlenstande des Fußes das Knie nach vorn beugt, die Achillessehne unten an die Tibiaachse herranrückt, oben sich von derselben entfernt;

3) wenn man sich bei nach vorn gebeugtem Knie auf die Zehen erhebt, sich die Achillessehne von der Tibia entfernt.

Die Krümmung der Kontur der Achillessehne, welche im Sinne einer nach vorn konvexen Linie verläuft, ist bei gestrecktem Knie und Erhebung auf die Zehen größer als bei gebeugtem Knie und Sohlenstande des Fußes. **Hartmann** (Kassel).

Kleinere Mitteilungen.

Zur operativen Herzmassage.

Von

Dr. **Paul Sick,**

Oberarzt der kgl. chirurgischen Universitätsklinik und Privatdozent für Chirurgie in Kiel.

Die Mitteilung von Zesas in Nr. 22 dieses Blattes p. 588/90 über Massage des freigelegten Herzens beim Chloroformkollaps veranlaßt mich, seiner pessimistischen auf Grund einer eigenen Erfahrung und den bisherigen Veröffentlichungen gewonnenen Vorhersage in Kürze einen Fall gegenüberzustellen, der dafür spricht, in verzweifelten Lagen den Versuch der Herzfreilegung nicht zu unterlassen.

Es gelang am 18. Dezember 1902, einen jungen Menschen, der über eine Stunde tot gewesen war, durch diese Operation ins Leben zurückzurufen und 27 Stunden am Leben zu erhalten. Der dann erfolgende Tod ist wohl ebenso sehr auf die schwere Allgemeinerkrankung, als auf den an und für sich furchtbaren Eingriff zurückzuführen. Eine ausführlichere Veröffentlichung mit Berücksichtigung der Einzelheiten und anderer Fälle bereite ich vor.

Der 15jährige Dienstjunge A. B. aus Kaltenkirchen wurde am 13. Dezember 1902 mit reichlichem tuberkulösen Ascites, gesunden Brustorganen aufgenommen und am 18. Dezember in der Klinik laparotomiert. Nach Entfernung von zirka 1 Liter serös-trüber Flüssigkeit zeigten sich Peritoneum parietale und viscerale einschließlich Mesenterien mit zahllosen, bis linsengroßen Tuberkelknötchen bedeckt, Leber und Milz vergrößert. Da der Junge beim Schluß der Wunde stark zu pressen und zu erbrechen anfing, wurde nochmals Chloroform, um rasch Beruhigung zu erzwingen, gegeben. Obgleich das Tropfen sofort nach eingetretener Wirkung sistiert wurde, trat 5—10 Minuten nach Verabreichung des letzten Tropfens plötzlich Cyanose ein, der Puls setzte aus. Die Atmung ging noch einen Augenblick weiter, dann hörte auch sie auf.

Die oberen Luftwege sind frei. Energische Herzmassage nach König-Maas mit künstlicher Atmung. Darauf kehrt die Atmung für eine Minute zurück, die schon extrem erweiterten Pupillen werden wieder eng; die Cyanose bleibt unverändert. Puls ist nicht zu fühlen, doch ganz leise Herztätigkeit — falls die Erregung nicht täuschte — zu hören. Nach kürzester Zeit setzt aber Atmung und Herz wieder aus; weitere halbstündige Arbeit ohne Erfolg. Um diese Zeit kam ich aus der Ambulanz in den klinischen Operationssaal und überzeugte mich von dem hoffnungslosen Zustand des Jungen: kein Herzschlag, extrem weite Pupillen,

Cyanose, starke Abkühlung des ganzen Körpers. Doch gab ich dem Drängen der Kollegen nach und legte etwa entsprechend dem Rotter'schen Vorgehen das Herz frei. Es waren seit der ersten Störung $^3/_4$ Stunden vergangen. Thoraxlappen vollständig blutlos, ebenso das Perikard; das Herz liegt schlaff und schon stark abgekühlt da.

Nach $^1/_4$stündiger energischer rhythmischer Herzkompression unter Fortsetzung der künstlichen Atmung zeigten sich die ersten als deutliche Systole zu bezeichnenden Bewegungen, einige Minuten vorher schon aufgetretene wurmförmige unregelmäßige Zuckungen hatten wir als direkte Muskelreizung gedeutet. Die ersten Kontraktionen und straffere Konsistenz des Herzmuskels erfolgten entschieden unter dem Einfluß von heißen Kompressen, die in raschem Wechsel während der Kompressionen auf die vordere Herzfläche gelegt wurden. Zugleich wurde der Junge auch durch heiße Handtücher und Darmeingießungen erwärmt. $^1/_2$ Stunde nach Freilegung des Herzens, $^5/_4$ Stunde nach Schwund der Lebenserscheinungen schlug das Herz regelmäßig und kräftig, die Atmung setzte wieder ein; enge Pupillen, gute Gesichtsfarbe; guter, wenn auch frequenter Radialpuls zu fühlen. Nun wird das Perikard mit fortlaufender Katgutnaht geschlossen, der leicht blutende Thoraxlappen nach entsprechender Tamponade übergenäht.

Zwei Stunden nach der Beendigung der Operation kam der Junge zu vollem Bewußtsein, klagte über heftigen Durst und Atemnot (60 Atemzüge, 144 Pulse). Mit Kampfer, Kochsalz-Alkoholinfusion usw. blieb der Zustand 24 Stunden ziemlich derselbe, die Sprache des Jungen war hastig, undeutlich, aber nicht unverständlich. Nach dieser Zeit kollabierte er jedoch unter stärker werdender Dyspnoe und starb ruhig, nachdem er etwa drei Stunden bewußtlos gelegen. Die Sektion ergab u. a. gute Herzkontraktion, leichte fibrinöse Perikarditis, alte Pleuritis beiderseits, frischen Milz- und Lebertumor, schwere Tuberkulose des Peritoneums und Mesenteriums.

Es ist wohl erlaubt, aus diesem Falle als wahrscheinlich zu folgern, daß ein gesunderer Mensch den Eingriff hätte überstehen können. Bei dem Jungen wurde die Chloroformwirkung auf das Herz offenbar auch noch verstärkt durch den Chok und die veränderte Blutfüllung, wie sie jede Laparotomie mit Entleerung größerer Flüssigkeitsmengen darstellt. Eine weitere Besserung der Prognose läßt sich durch frühzeitigere Bloßlegung des Herzens entsprechend auch den experimentellen Prus'schen Erfahrungen erwarten.

---

21) Kayser. Über Hochstand des Schulterblattes mit kongenitalen Hals- und Schultermuskeldefekten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 318.)

Die eigene Beobachtung, welche K.'s Arbeit zugrunde liegt, ist vom Autor bereits auf dem Chirurgenkongreß von 1901 publiziert, und verweisen wir auf seinen diesbezüglichen Selbstbericht in diesem Blatte 1901, Beilage zu Nr. 29 p. 134. Jetzt gibt K. außer der nochmaligen eingehenden kasuistischen Mitteilung ein Photogramm seines Pat., sowie Skizze von seiner Röntgenaufnahme. Sodann folgt Allgemeinbesprechung über Muskeldefekte und den angeborenen Schulterblatthochstand. Von letzterem liegen jetzt 45 Beobachtungen vor, wobei die Difformität in der überwiegenden Mehrheit linksseitig und dreimal doppelseitig gesehen wurde. Betreffs der interessanten Frage nach der Ätiologie der Difformität sieht K. seinen Fall als zugunsten der eine Entwicklungsstörung annehmenden Theorie sprechend an. K.'s Pat zeigt einen sonst noch nicht beschriebenen Defekt des linken Sternocleido und einen partiellen Defekt des linken Trapezius, ferner eine Verkürzung des linken Schlüsselbeins, sowie eine rechtsseitige Halsrippe außer seinem linksseitigen Schulterblatthochstand. Das wahrscheinlichste ist, daß diese Fehlbildungen sämtlich auf einem mit dem fehlenden Descensus scapulae verquickten Entwicklungsfehler basieren. Bezüglich der Häufigkeit einer

Verlagerung des Armes als Grund des Hochstandes des Schulterblattes sind vielleicht von ausgedehnten Untersuchungen der Neugeborenen in Entbindungsanstalten Aufschlüsse zu erwarten, und hofft K. diesbezügliche Beobachtungen aus der Berliner Charité mitteilen zu können. — Zum Schluß folgt ein Literaturverzeichnis.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

22) **G. W. Maly.** Über eine seltene Lokalisation und Form von Tuberkulose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

Verf. beschreibt aus der Innsbrucker chirurgischen Klinik das klinische Bild, die Operationsgeschichte und den Sektionsbefund einer cystischen, zwischen Pectoralis major und minor dicht unter der rechten Brustdrüse sitzenden Geschwulst. Dieselbe erwies sich als eine seltene tuberkulöse Erkrankung, bestehend in einer mit hyalinen, lamellös geschichteten Fibrinauflagerungen ausgekleideten Cyste, welche durch einen Gang mit dem Schultergelenk in Verbindung stand. Der Entwicklungsgang wird so erklärt, daß es von einer alten Spitzentuberkulose aus zu einer Infektion des Humeruskopfes, dann des Gelenkes und schließlich der Bursa synovialis subscapularis kam. In letzterer hat dann der Prozeß zur Bildung der großen cystischen Geschwulst geführt.

Blauel (Tübingen).

23) **Läwen.** Über die genuine diffuse Phlebarteriektasie an der oberen Extremität.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 364.)

L. beschreibt einen einschlägigen Fall aus Braun's Diakonissenhaus in Leipzig. 43jähriger Schlosser, genital nicht infiziert, doch Trinker, hatte schon als Kind eine kleine Geschwulst an der Beugeseite des rechten Vorderarmes und eine starke Füllung der Blutgefäße der rechten Hand und des Vorderarmes. Seit einem Jahre Wachstum der Geschwulst und Hinzukommen von drei neuen ähnlichen mehr nach dem Ellbogen hin. Dazu Schmerzen der Finger verbunden mit unwillkürlichen Bewegungen, weshalb Hilfe gesucht wird. Befund: Leichte Hypertrophie des linken Ventrikels, rechte Art. brachialis bleistiftdick, derb. Am Vorderarm die Venen stark erweitert und geschlängelt und in der schlaffen Haut stark hervortretend. Auf der Beugeseite oberhalb des Radiusgriffelfortsatzes ein kirschgroßes und weiter proximalwärts drei erbsengroße Aneurysmen der Radialis. Chronische Entzündung der verdickten und in Ulnarabduktion stehenden Metacarpophalangealgelenke. Operation: Exzision eines ca. 10 cm langen Stückes der Arterie mit den Aneurysmen und den Begleitvenen. Die Schmerzen wurden beseitigt, der Zustand im übrigen wenig geändert. Untersuchung einige Zeit nach der Operation ergab rechterseits abgeschwächten Händedruck, starke Schweißabsonderung der rechten Hand, Sensibilitätsherabsetzung des rechten Armes (hysterischer Art).

L. referiert sodann sechs Parallelfälle, von denen nur einer eine Frau betrifft. Für Entstehung des Leidens scheinen angeborene Veränderungen der nervösen Apparate, besonders der Vasomotoren von Bedeutung zu sein. Im übrigen sind die fraglichen Gefäßveränderungen als chronisch-entzündliche zu bezeichnen (Intimaverdickungen, Bindegewebswucherungen der Media). Sekundär kommt es zu Ernährungsstörungen der Extremität, und zwar sowohl zu Atrophien wie Hypertrophien (Elephantiasis teleangiektodes), und gehören ferner Gelenkverdickungen, perverse Fingergelenkstellungen, von subjektiven Beschwerden Muskelkraftsabnahme, Gefühl der Völle in dem Arme, nebst schmerzhaften Gelenkempfindungen zum Krankheitsbild. Drei Pat. mußten lebensgefährlicher Blutung wegen amputiert werden.

Ein Photogramm der Hände des L.'schen Pat. sowie Literaturverzeichnis sind beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

24) L. Talke. Über Hydradenitis axillaris.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

Verf. hatte Gelegenheit, drei Fälle von Hydradenitis axillaris zu behandeln und vor allem mikroskopisch zu untersuchen. Für den Fall, daß es nach Ablauf der akuten Entzündung nicht zur Abszedierung kam, ließ sich an den großen Knäueldrüsen eine Art Selbstheilung feststellen, indem in den Drüsenläppchen eine Schrumpfung und Atrophie auftrat, die allmählich zu völliger Verödung führte. Bei den kleinen Knäueldrüsen fand sich von Anfang an eine größere Beteiligung der Umgebung der Drüse an den Entzündungsvorgängen. Durch sehr starke Zunahme der kleinzelligen Infiltration kam es dann gleichfalls zur Verödung der meisten Drüsen. Der Rest der Drüsen zeigte dann die schon länger bekannten Reduktionsformen, um schließlich auch zu verschwinden und einem Narbengewebe Platz zu machen. **Blauel** (Tübingen).

25) R. Galeazzi. Contributo clinico e sperimentale allo studio delle lesioni del plesso brachiale d'origine traumatica.

(Arch. di ortopedia 1903. Nr. 1.)

1) Messerstich in die rechte Halsseite. Parästhesien im Bereich des Ulnaris, oculopupilläre Symptome, anfangs auch Lähmung, später nur Parese im Bereich des Medianus und Ulnaris.

2) Revolverschuß in der Gegend der rechten Carotis. Starkes Hämatom. Lähmung des rechten Vagus und Plexus brachialis. Letztere geht zurück bis auf Parese der Flexoren, Lähmung der Interossei.

3) Subluxation des 5. Cervicalwirbels mit Rotation nach links. Lähmung des rechten Plexus brachialis mit vorwiegender Beteiligung von dessen oberem Teil. Reposition.

4) Rotationsluxation des 3. Halswirbels nach rechts mit Verhakung. Parästhesien durch Kompression der 4. Cervicalwurzel. Reposition, Heilung.

Aus seinen Beobachtungen und aus Leichenexperimenten zieht G. folgende Schlüsse:

Bei Totalluxationen erfahren die Nervenwurzeln keine merkliche Zerrung, abgesehen von dem Moment, wo die Spitzen der Gelenkfortsätze übereinander stehen.

Bei Rotationsluxationen, und zwar bei Subluxationen, erfahren die Wurzeln infolge der eintretenden Abduktion nach der gegenüberliegenden Seite eine Zerrung auf der konvexen Seite, während sie auf der konkaven erschlafft werden.

Bei Luxation mit Verhakung dagegen wird die Wurzel, welche unter dem luxierten Wirbel durchpassiert in gewissem Grade gepreßt.

In beiden Fällen würde die stärkere Zerrung die Wurzeln oberhalb des Wirbels betreffen. Während die Kompression der unter dem Wirbel ruhenden Wurzel bei Totalluxationen wie bei Rotationsluxationen erheblich und konstant ist.

In einem Falle wurde einseitige Phrenicuslähmung beobachtet, die sonst nur Kocher einmal gesehen hat. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

26) Cotton und Allen. Brachial paralysis, post narcotic.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Mai 7.)

Mitteilung von vier Fällen von Narkoselähmung der Arm- und Schultermuskulatur, dem Erb'schen Typus entsprechend, und Gefühlslähmungen an Ober- und Unterarmen. In sämtlichen vier Fällen waren die Arme gestreckt über den Kopf gehalten oder stark abduziert worden. **Trapp** (Bückeburg).

27) Alessandrini. Trattamento chirurgico ortopedico della paralisi del radiale.

(Arch. di ortopedia 1903. Nr. 1.)

Bei einem Kinde mit zerebraler rechtsseitiger Kinderlähmung, Lähmung der Extensoren und Flexions- und Pronationskontraktur der Hand führte A. folgende Operation aus. Von volarem Schnitt aus wird der Flexor carpi abgetrennt, dann

zwischen den tiefen Sehnen und durch das Lig. interosseum hindurchgeführt und in ein Knopfloch des vom dorsalen Schnitt aus freigelegten Extensor communis dort abgenäht, wo die Sehne vom Bauch sich abtrennt. Der überstehende Teil der Sehne wird gespalten und teils an die Sehnen des Extensor, teils die des Abductor pollicis angenäht. Naht und Verband geschehen in Hyperextension. Nach vier Wochen Abnahme des Gipsverbandes und Massage. Die Hand steht nach zwei Monaten gut und kann extendiert werden; der Daumen ist nicht mehr in Adduktionskontraktur. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

28) **Kiwull** (Livland). Kongenitale Difformität an der oberen Extremität.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 4.)

K. macht uns in seiner kurzen Publikation mit einer interessanten Mißbildung der rechten oberen Extremität eines Mannes bekannt. Während die linke obere Extremität vom Akromion bis zur Spitze des Mittelfingers gemessen eine Länge von 79 cm hat, mißt die rechte nur 42 cm. Das Röntgenbild zeigt eine mangelhafte Entwicklung des Humerus, wobei in seinem unteren Ende auch eine gewisse Mißbildung insofern zu konstatieren ist, als eine feste knöcherne Verwachsung mit dem Vorderarm vorliegt.

Am rechten Vorderarm findet sich eine ausgesprochene Mißbildung. An Stelle von Radius und Ulna ist hier nur eine Knochenplatte, die K. als eine Verschmelzung einer rudimentären Ulna mit einem rudimentären Radius anzusehen geneigt ist.

Die rechte Handwurzel und die rechte Hand sind normal gebildet, nur in den Größenverhältnissen bedeutend hinter der linken Handwurzel und Hand zurückstehend; also auch hier eine mangelhafte Entwicklung.

Genauere Differenzierung der einzelnen Muskeln am Vorderarm ist nicht möglich, am Arm ist die elektrische Erregbarkeit sowohl faradisch als galvanisch normal.

Vasomotorische Störungen an der verbildeten Extremität sind nicht beobachtet worden. **H. Wagner** (Breslau).

29) **Marshall.** Ein Fall von Luxatio carpi ad volam.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 4.)

Die Verrenkungen im Handgelenk gehören zu den seltensten Fällen. Dupuytren behauptete sogar, daß sämtliche als Handverrenkungen beschriebene Verletzungen bei genauerer Untersuchung sich als Bruch des Radius erwiesen hätten. Tillmanns konnte 24 sichere Fälle von Handverrenkungen feststellen, 13 dorsale und 11 volare.

Der Fall von M. ist mit Fraktur des Radius kompliziert, die Diagnose wurde durch das Röntgenbild gesichert. **H. Wagner** (Breslau).

30) **Lengemann.** Unblutige Behandlung der Dupuytren'schen Fingerkontraktur.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 23.)

Die günstigen Erfolge, welche sonst bei der Behandlung kosmetisch oder funktionell störender Narben durch Thiosinamin erzielt wurden, veranlaßten L., das Mittel auch in zwei Fällen obiger Erkrankung zu versuchen. Es wurde eine Lösung benutzt, deren Injektion im Gegensatz zur alkoholischen Lösung fast keine Schmerzen macht. Thiosinamin 2,0, Glyzerin 4,0, Aq. dest. 14,0. Die Flüssigkeit ist alle 2—3 Tage durch Einstellen in warmes Wasser etwas zu erwärmen, da allmählig etwas Thiosinamin ausfällt, das sich in der Wärme leicht wieder löst. Es wurde täglich 1 ccm in die Infiltrate und deren Umgebung injiziert, die Einstichstelle immer in gesunder Haut gewählt. Bei doppelseitigem Leiden wurde auf beiden Seiten injiziert. Die Behandlung wurde durch Bäder, Massage und passive Bewegungen unterstützt.

Die beiden mittelschweren Fälle sind geheilt. Störende Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Der dritte mitgeteilte Fall ist nicht abgeschlossen. Borchard (Posen).

31) S. Lilienfeld. Ein Fall von kavernösem Angiom der Finger, durch Alkoholinjektionen geheilt.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Verf. berichtet aus dem Allerheiligenhospital zu Breslau über die erfolgreiche Behandlung eines ausgedehnten Angioms des 3. und 4. Fingers der rechten Hand bei einem 9jährigen Mädchen. Es wurden über 50 Injektionen im Verlaufe von 8 Monaten vorgenommen. An Stelle der kavernösen Geschwulstmasse bildete sich derbes, fibröses Gewebe aus, so daß die Geschwulst vollständig verschwand. Außer einer Nekrose der Haut am Rande des Nagelbettes wurde keinerlei unangenehme Nebenwirkung beobachtet. Blauel (Tübingen).

32) Hahn. Beitrag zur Statistik der Panaritien und zu deren Behandlung unter Kontrolle der Röntgenstrahlen.

(Militärärztliche Zeitschrift 1903. Hft. 5. p. 297.)

H. will bei Panaritien die Phalangen unter dauernder Kontrolle der Röntgenstrahlen halten, um zu sehen, wie entweder die ostale Neubildung oder Zerstörung fortschreitet. Auf diese Weise wird es sich nach seiner Ansicht vermeiden lassen, zu frühzeitig Finger zu amputieren. Er beschreibt einen einschlägigen Fall, in welchem sich eine durch Panaritium fast vollständig zerstörte Phalanx neu bildete und in welchem die fortschreitende Neubildung an der Hand von Skiagrammen beobachtet werden konnte. **Herhold** (Altona).

33) Dunn. Suture of the great sciatic nerve.

(Journ. of the americ. med. assoc. 1903. Mai 16.)

19jähriger Farmer. Durch Sensenhieb in die hintere Seite des Oberschenkels war der Ischiadicus und fast die gesamten Beugemuskeln am Oberschenkel durchtrennt. Die Nervennaht wurde mit mittlerem Catgut, das durch und durch gelegt wurde und feinem zur Naht der Nervenscheide 48 Stunden nach Verletzung ausgeführt; wegen starker, schon bestehender Eiterung mußte ausgiebig drainiert werden. Schon nach 6 Wochen begann Besserung der Gefühlslähmung, die Wunden waren schon 2 Wochen früher geschlossen. Pat. wurde mit einem den Unterschenkel streckenden Apparat entlassen. 10 Monate nach der Verletzung war auch die motorische Lähmung soweit geschwunden, daß er seine Landarbeit wieder verrichten konnte. Im 2. Jahre fand noch eine geringfügige weitere Besserung statt, $4^1/_2$ Jahre nach Verletzung bestand geringe Parese und Atrophie im Gebiet der vorderen Wadenbeinmuskeln, geringe sensibele Lähmung im Gebiet des Nervus saphenus major und Nervus plantaris ext., geringe Steigerung der Kniereflexe, Ulcus perforans pedis an der Ferse. **Trapp** (Bückeburg).

34) Dowd. Tuberculosis of the femoral inguinal and iliac lymph nodes secondary to foot wounds.

(Annals of surgery 1903. Nr. 5.)

D. hat neun Fälle tuberkulöser Schenkel- und Leistenlymphdrüsenentzündung zu behandeln Gelegenheit gehabt, in welchen mit Ausnahme zweier Fälle sicher nachgewiesen werden konnte, daß die Infektion von Wunden der Füße ausgegangen war. Die Affektion befiel ausschließlich Kinder, welche barfuß zu gehen pflegten; hereditäre Belastung lag nur zweimal vor. Die Krankheit entwickelt sich schleichend, gibt bei nicht zu spät vorgenommener Operation eine gute Prognose. Für die Exstirpation der häufig bis dicht an die Iliaca externa oder communis heranreichenden Drüsen schlägt D. einen vertikal durch das Scarpasche Dreieck zum Poupartschen Band verlaufenden Schnitt vor, welcher mit einem horizontalen von der Spina iliac. super. bis zum Schambeinkamm verlaufenden verbunden wird. **Herhold** (Altona).



35) Hall. A case of dislocation of the hip in acute rheumatisme.
(Annals of surgery 1903. Nr. 4. p. 503.)

Nach 6wöchentlichem Bestehen eines akuten Gelenkrheumatismus, der sowohl die oberen wie unteren Gliedmaßen befallen hatte, trat bei einem 10jährigen Knaben eine Verrenkung im linken affiziert gewesenen Hüftgelenk ein. Die Reposition gelang leicht, jedoch trat der Kopf wegen der das Gelenk anfüllenden Exsudatmassen nicht normal tief in die Pfanne. Nach 3wöchentlicher Extension bestand zwar noch eine große Beweglichkeitsstörung im linken Hüftgelenk, dieselbe besserte sich aber im Verlauf einiger Monate so, daß mit dem Bein nur wenig beim Gehen gehinkt wurde und die Beweglichkeit im linken Hüftgelenk nur recht wenig behindert war. **Herhold** (Altona).

36) Chase. Report of five cases of fracture of the hip in children.
(Boston med. and surg. journ. 1903. Mai 21.)

Bei Kindern von 11—16 Jahren wurden die Schenkelhalsbrüche beobachtet. Bei allen waren die Erscheinungen des Knochenbruches unmittelbar nach Entstehung sehr gering; erst wochenlang nacher traten Beschwerden auf, die ernstliche Gehstörungen und Schmerzen erzeugten, so daß meist an tuberkulöse oder osteomyelitische Coxitis gedacht wurde. Der Bruch wurde aber in allen Fällen sicher nachgewiesen, teilweise durch Röntgenaufnahmen (1 beigefügt).

Verf. weist auf die Schwierigkeit der Diagnose hin und empfiehlt die sorgfältigste Untersuchung unter Angabe differentialdiagnostischer Gesichtspunkte.
Trapp (Bückeburg).

37) Czerny. Über Tumoren und Pseudotumoren in der Adduktorengegend.
(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 23.)

Der mitgeteilte Fall betrifft einen 50jährigen Waldarbeiter, dessen Krankheit unter dem Bilde eines subakuten, polyartikulären Gelenkrheumatismus begann, erst das Gelenk der großen Zehe, dann das Knie, dann die Hüfte ergriff, während die beiden ersten Gelenke ausheilten. Es bildete sich in der Adduktorengegend eine deutliche Geschwulst, die das Os pubis in fast Kindskopfgröße überragte. Die Diagnose schwankte zwischen bösartiger Geschwulst und entzündlicher Schwellung. Bei der Inzision durch die schwielig infiltrierte Muskulatur gelangte man an der unteren Kante des horizontalen Schambeinastes gegen die Symphyse hin auf einen tuberkulösen Sequester. Exkochleation. Tamponade.
Borchard (Posen).

38) Rossi. Contributo alla cura cruenta delle lussazioni del ginocchio.
(Arch. di ortopedia 1903. Nr. 1.)

Ein Mann von 45 Jahren erlitt eine inkomplette Verrenkung des linken Knies nach hinten mit Rotation des Unterschenkels nach außen. Bei Extension in Narkose wurde dieselbe ausgeglichen, zugleich aber wird die Haut unterhalb des inneren Condylus stark eingezogen, die Kniescheibe vertikal aufgerichtet; beim Nachlassen des Zuges kehrt die Verrenkung wieder. Operation. Der Condylus int. fem. ist durch einen engen Kapselriß hindurchgetreten, der fest seinen Hals umschließt. Lig. lat. int. zerrissen. Erweiterung des Risses. Reposition. Ligg. cruciata zerrissen. Heilung mit guter Funktion.

An der Leiche gelang es nur einmal, dieselben Verhältnisse hervorzubringen. Dabei zeigte sich zugleich ein Riß der hinteren Bänder hinter dem Cond. int. und eine große Leichtigkeit, mit der die inkomplette äußere Verrenkung sich durch leichte Gelenkbewegungen in eine inkomplette hintere verwandelte.

Ähnliche Fälle sind von Braun und Schlange beschrieben (s. die Arbeit des Ref., Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIV).
E. Pagenstecher (Wiesbaden).



39) Labanowski. Contribution à l'étude des luxations pathologiques dites »habituelles« de la rotule.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1903. Mai.)

Verf. unterscheidet zwei Arten der pathologischen Verrenkung der Kniescheibe: einmal die rezidivierende, welche in Intervallen von Wochen oder Monaten einzutreten pflegt, zweitens die habituelle, bei welcher die Kniescheibe während jeder Beugung nach außen luxiert wird, um während der Streckung an ihren ursprünglichen Platz zurückzukehren. Einen einschlägigen Fall der letzteren hatte er zu beobachten Gelegenheit. Das Leiden war im Anschluß an eine chronische Kniegelenksentzündung entstanden, und luxierte sich die Kniescheibe im Marschieren beim Beugen des Unterschenkels nach außen. Schmerzen bestanden dabei nicht, sondern nur eine gewisse Schwäche des Beines.

Die Ursachen der habituellen Verrenkung liegen nach L. 1) in der Abflachung des äußeren Oberschenkelknorrens und in einer erhöhten Lage der Kniescheibe infolge Osteophytenbildung an ihrer unteren Fläche, 2) in der Erschlaffung der Kniegelenksbänder und 3) in dem Beugemechanismus des Kniegelenks, durch welchen schon normalerweise die Kniescheibe beim Beugen nach außen gedrängt wird. Chronische Kniegelenksentzündungen vermögen, wie der geschilderte Fall zeigt, die unter 1) und 2) genannten Ursachen hervorzurufen. Eine Behandlung wird nur für indiziert gehalten, wenn sehr erhebliche Beschwerden beim Marschieren bestehen. Thomas schaffte behufs Behandlung dieser Leiden mit Meißel und Hammer eine Erhöhung am äußeren Oberschenkelknorren, MacEwen legte das Bett der Kniescheibe durch Meißeln tiefer. **Herhold** (Altona).

40) F. Sauer. Über einen eigentümlichen Fall von Luxatio patellae lateralis.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

Verrenkung der außerordentlich schmalen Kniescheibe nach außen infolge Ausgleitens; diese seitlich ganz unbeweglich, unblutige Reposition unmöglich. Der Grund hierfür fand sich nach Eröffnung des Gelenks: die Kniescheibe hatte sich auf dem Condylus externus femoris, an der Kante des Gelenkknorrens festgehakt; sie lag neben dem Condylus externus, seitwärts gegen ihn geklemmt und durch Muskelzug festgehalten. Von der medialen Kante der Kniescheibe war ein Stück abgesprengt und lag lose im Gelenk. Da die Kniescheibe mit der rauhen Bruchfläche durch Muskelzug fest an den äußeren Gelenkknorren angepreßt wurde, und erst mit dem Elevatorium abgehebelt werden mußte, so war eine unblutige Reposition aussichtslos. Heilung mit guter Funktion. **Mohr** (Bielefeld).

41) A. Zimmermann. Über die Verrenkung der Semilunarknorpel des Kniegelenks.

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 49.)

Ein kasuistischer Beitrag: Ein Soldat fühlte beim Weitspringen, während er beim Aufstoßen mit dem rechten Fuß nach vorn glitt, so daß der linke Unterschenkel bei gebeugtem Knie nach außen gedreht war, heftigen Schmerz an der Innenseite des Kniegelenks. Danach periodenweise Behandlung ohne bestimmte Diagnose und ohne rechten Erfolg. Erst nach $^3/_4$ Jahren wird ein bohnengroßer, lebhaft druckempfindlicher, derber Vorsprung in der Gelenklinie gefühlt. Bei der Eröffnung des Gelenks zeigt sich der innere halbmondförmige Knorpel zerrissen in eine kürzere vordere, aus dem Gelenk herausragende, und längere hintere Hälfte. Nach Herauslösung des Knorpels Heilung, aber erst nach längerer Zeit volle Wiederherstellung der Funktion. **Herm. Frank** (Berlin).

42) Robson. Ruptured crucial ligaments and their repair by operation.

(Annals of surgery 1903. Nr. 5.)

Infolge einer Verschüttung war bei einem Manne eine große Schwäche des rechten Kniegelenks zurückgeblieben, welche mit der Eigentümlichkeit verbunden

war, daß bei Erschlaffung der Oberschenkelmuskulatur die Tibia nach hinten rutschte, bis sie durch das Lig. patell. aufgehalten wurde. Nach Eröffnung des Kniegelenks wurden beide Kreuzbänder zerrissen angetroffen. Mittels Catgut wurde das vordere Band an die Synovialmembran der inneren Seite des äußeren Kondylus, das hintere Band an die Synovialmembran der äußeren Seite des inneren Kondylus angenäht. Nach Verlauf von 10 Monaten, wo der Operateur von dem Pat. wieder hörte, war langes Gehen und Arbeiten möglich; ein Schwächegefühl im rechten Kniegelenk, dessen Beugung nur etwas beschränkt war, wurde nicht mehr empfunden. **Herhold** (Altona).

43) J. Mahr. Über Verkrümmung des Beines nach Resektion des Kniegelenks im Kindesalter.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

Verf. schließt aus der vorhandenen Literatur, daß die relative Häufigkeit der späteren Flexionskrümmungen nach Resektion des Kniegelenks um so größer ist, je jünger die Kinder zur Zeit der Operation waren, und daß die Resektion in dieser Hinsicht gewöhnlich erst bei Kindern im Alter von über 13 Jahren gute Erfolge erzielt.

Bei einem von M. beobachteten Pat., dem im vierten Lebensjahre das rechte Kniegelenk wegen Tuberkulose reseziert wurde, trat erst sechs Jahre später, nachdem die Stützschiene weggelassen wurde, eine Verkrümmung des Unterschenkels nach hinten innen mit gleichzeitiger Innendrehung ein. Die Röntgenaufnahme zeigte eine Wucherung der Intermediärknorpel nach vorn und unten, außerdem eine bogenförmige Krümmung des unteren Oberschenkelteils (zwei Abbildungen). **Mohr** (Bielefeld).

44) Ritschl. Zur Technik der Etappenverbände.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 2.)

R. modifiziert in dieser kleinen Arbeit den bei der Behandlung des Genu valgum so wichtigen Etappenverband nach Wolff. Auf der Außenseite eines gewöhnlichen Gipsverbandes wird, nachdem er hart geworden ist, in der Höhe des Kniegelenkspaltes ein querer Einschnitt gemacht, der etwa vom äußeren Rande der Kniescheibe bis zur Bicepssehne reicht. Auf der Innenseite wird in entsprechender Lage ein elliptischer Ausschnittt angelegt, dessen Höhe sich nach dem Grade der erforderlichen Korrektur richten soll. Nach zwei Tagen wird dann auf einer gepolsterten Rolle der Unterschenkel nach innen gebogen, wobei der lineäre Spalt auf der Außenseite zum Klaffen gebracht wird. Um die täglich vorgenommenen Redressionen aufrecht zu erhalten, werden entsprechende Holzstückchen in den Spalt eingelassen, die mit Zelluloidacetinbrei noch befestigt werden können. R. läßt die Pat. auf dem mehr und mehr gerade gerichteten Bein fleißig umhergehen und macht sobald als möglich den Verband durch seitliche Scharniere beweglich. **Hartmann** (Kassel).

45) O. Riethus. Exostosis bursata mit freien Knorpelkörpern.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Die Literatur weist bisher nur 17 Fälle von Exostosis bursata und 3 Fälle von solchen mit Bildung freier Knorpelkörper auf. Verf. fügt hierzu einen weiteren Fall aus der Leipziger Klinik. Es handelte sich um einen 16jährigen, an multiplen Exostosen leidenden jungen Mann, welcher sich gegen die Innenseite des rechten Knies an der Stelle einer Exostose stieß. Es bildete sich dort eine hühnereigroße Geschwulst aus, welche sich bei der Operation als eine um die Basis der Exostose fest aufsitzende Cyste herausstellte. Den Inhalt bildeten neben einer serösen Flüssigkeit gegen 200 größere und kleinere Knorpelkörperchen. Gegenüber der Spitze der Exostose fand sich ferner in der Wand der Cyste festsitzend ein analoges Gebilde wie die Exostose. Verf. faßt dieses als das periphere Fragment der abgebrochenen Exostose auf. Zwischen diesem und der Exostose hat sich dann die Bursa entwickelt. Zwischen beiden Fragmenten entstanden

dann durch Wucherung des an den Bruchflächen freiliegenden Knorpelgewebes Ekchondrosen, welche mechanisch von ihrer Unterlage losgerissen, sich zwischen die Fragmente drängten. **Blauel** (Tübingen).

46) **J. Wortmann.** Ein Fall von Enchondrom der Tibia.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

47) **M. Back.** Exostosis cartilaginea tibiae. (Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.)

Inaug.-Diss., Berlin, 1902.

48) **W. Winters.** Über einen Fall von Exostosis tibiae.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

49) **v. Gulat-Wellenburg.** Calcaneusexostose.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

In Wortmann's Falle bestand eine unter mäßigem Fieber und Schmerzen allmählich aufgetretene Auftreibung an der unteren Epiphyse des linken Unterschenkels von knochenharter Beschaffenheit. Bei der Operation wurden aus der Vorder- und Seitenfläche der Tibia dicht über dem Talokruralgelenk zwei Geschwülste ausgeschält, die sich mikroskopisch als reines Enchondrom erwiesen. Heilung ohne Funktionsstörung.

In B.'s und Winters' Fällen handelte es sich um gestielte, pilzförmige Exostosen, welche von der Hinterfläche der Tibia in der Gegend der oberen Epiphyse ausgingen und gegen die Kniekehle vorsprangen. In beiden Fällen bestand das durch Operation gewonnene Präparat aus spongiöser Knochensubstanz mit Resten hyalinen Knorpels an der Oberfläche und bindegewebigem Überzug. In Winters' Falle war die Geschwulst nach einem Trauma schneller gewachsen.

v. G.-W. beschreibt eine solitäre knorplige Exostose mit ungewöhnlichem Sitz bei einem 14jährigen Pat. Die gänseeigroße Geschwulst ging breit von der Außen- und Unterfläche des Fersenbeines aus, etwa 2 cm nach vorn vom Tuber beginnend. Breite Abtragung der spongiösen, knorpelbedeckten Geschwulst. Verf. nimmt an, daß die Exostose die Folge einer durch traumatische Reizung der Epiphysenlinie hervorgerufenen Wucherung der Knorpelzellen sei.

Sämtlichen Abhandlungen sind Röntgenbilder beigegeben.

Mohr (Bielefeld).

50) **Amberger.** Zur Kasuistik der tragfähigen Amputationsstümpfe. Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Frankfurt a. M.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 22.)

Mit der Bier'schen Methode der Unterschenkelamputation sind in fast allen Fällen der Rehn'schen Abteilung gute funktionelle Resultate erzielt worden; die Pat. konnten dauernd gut und ohne Beschwerden gehen, der Stumpf war schmerzlos und blieb außer bei einem alten Manne frei von Wundwerden. Operative Mißerfolge kamen unter 15 Fällen 3mal vor; der Knochendeckel hatte sich nach 3—4 Wochen gelöst und mußte nachträglich entfernt werden, ohne daß übrigens die Tragfähigkeit des schmerzlosen Stumpfes dadurch beeinträchtigt wurde. In einem anderen Falle trat diese Lösung des Knochendeckels nach einigen Monaten ein und machte den Stumpf schmerzhaft und stützunfähig; dies war der einzige vollkommene Mißerfolg. Die nach der Bunge'schen Methode der Markauskratzung und der Verwendung einer Periostlappenbildung operierten Kranken zeigten bei späteren Röntgenbildaufnahmen keine Spur von Mark- oder Periostkallus und hatten einen sehr gut tragfähigen Stumpf. Das durch seine Einfachheit ausgezeichnete Verfahren wird von A. für alle die Fälle empfohlen, in denen der Heilungsverlauf voraussichtlich nicht ein glatter sein würde, die Weichteilwunde also nicht verschlossen werden könnte. **Kramer** (Glogau).

51) **Nion.** Mitteilungen aus der Röntgenabteilung.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1903. Hft. 4. p. 195.)

a. Über das Vorkommen des Intermediums tarsi beim Menschen.

N. hat bei 291 skiagraphischen Fußaufnahmen 13mal (4,4%) das von Bardeleben zuerst beschriebene, dem Os lunatum der Hand entsprechende Os trigonum angetroffen. Dasselbe liegt an der hinteren Sprungbeinfläche und stellt eine 10 bis 17 mm große Knochenscheibe vor, welche häufig fälschlicherweise für ein vom Sprungbein durch Trauma abgesprengtes Knochenstück gehalten wurde.

b. Zur Statistik der Mittelfußbrüche.

Bei 575 skiagraphischen Fußaufnahmen wegen Fußgeschwulst wurde eine deutliche Bruchlinie 233mal, eine bald ringförmige, bald spindelförmige Verbreiterung des Knochenschattens 97mal festgestellt. Der 245mal angetroffene negative Knochenbefund erklärt sich nach Ansicht des Verf. wenigstens zum Teil daraus, daß auch solche Fälle von Fußgeschwulst zur Röntgenuntersuchung gelangten, bei denen ein bestimmter Mittelfußknochen als schmerzhaft nicht angegeben werden konnte, bei denen nur eine schmerzhafte Anschwellung des Mittelfußes bestand. **Herhold** (Altona).

52) **F. Titschack.** Zur Kasuistik des Mal perforant du pied mit besonderer Berücksichtigung der hereditären Anlage.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

Verf. teilt zwei Fälle von Mal perforant mit, in welchen die erbliche Anlage besonders hervortritt. Im ersteren Falle gab Pat. an, sein Vater habe an einer gleichen Krankheit wie er, einer Geschwürsbildung in der Fußsohle gelitten, desgleichen sollen auch seine beiden lebenden Brüder von dem gleichen Leiden befallen sein, ebenso zwei Brüder seines Vaters und je zwei Söhne derselben; die Mutter sei stets gesund gewesen. Diese Anamnese wurde durch die Krankengeschichte eines Vetters des ersteren Pat. bestätigt.

Verf. stellt vier ähnliche Fälle aus der Literatur zusammen und meint, daß die Anlage zu trophoneurotischen Störungen, und damit eine Prädisposition zu Mal perforant in derartigen Fällen vererbt werden könne. **Mohr** (Bielefeld).

53) **K. Dertinger.** Über tiefsitzende Lipome.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

Verf. fügt zu den 137 Fällen der Literatur zwölf neue Beobachtungen tiefsitzender Lipome, welche in den letzten vier Jahren im städtischen Krankenhause zu Karlsruhe zur Behandlung gekommen sind. Auf Grund dieses Materials wird die Ätiologie, die Diagnose und die Therapie besprochen. Als beste Behandlung wird die radikale Entfernung mit dem Messer bezeichnet. Dabei muß sorgfältig auf den Verlauf der meist fingerdicken, derben und gefäßreichen Fortsätze, sowie auf die Verwachsung der letzteren mit der Nachbarschaft geachtet werden. Die Arbeitsfähigkeit wird nach Entfernung des Tumors wieder vollständig hergestellt. **Blauel** (Tübingen).

Naturforscher-Versammlung in Kassel

vom 20. bis 26. September 1903.

18. Abteilung: Chirurgie.

Angekündigte Vorträge:

1. *Beck-Neuyork. Ist die Entzündung des Wurmfortsatzes im chirurgischen Sinne aufzufassen?*
2. *Bertelsmann-Kassel. Über Schenkelhalsfrakturen im jugendlichen Alter*



3. *Bertelsmann-Kassel. Zur Behandlung der eitrigen Peritonitis und der Fettgewebsnekrose des Peritoneums.*
4. *v. Bramann-Halle a. S. Thema vorbehalten.*
5. *Braun-Göttingen. Über die akute Darminvagination.*
6. *Braun-Göttingen. Zur operativen Behandlung der kongenitalen Dilatation des Colon (Hirschsprung'sche Krankheit).*
7. *Braun-Göttingen. Über Darmverschluß am Colon.*
8. *Braun-Göttingen. Über entzündliche Netzgeschwülste.*
9. *v. Büngner-Hanau. Zum Kapitel der Gallensteinkrankheit.*
10. *Bum-Wien. Beiträge zum Studium der Kallusbildung.*
11. *Engelhardt-Gießen. Experimentelle Beiträge zur Äthernarkose.*
12. *Frank-Köln a. Rh. Spiralfrakturen der Fibula.*
13. *Goldberg-Wildungen. Erfolge in der Verhütung der Harninfektion.*
14. *Gross-Jena. a. Bericht über Exstirpation eines Leberkarzinoms.*
    b. Bericht über Exstirpation eines Pankreaskarzinoms.
    c. Bericht über Exstirpation eines Zwerchfellkarzinoms, zu allen drei Berichten Demonstration der betreffenden Präparate.
15. *Hackenbruch-Wiesbaden. Über Behandlung der spinalen Kinderlähmung durch Nervenpfropfung.*
16. *Hartmann-Kassel. Über einen Fall von primärer Typhlitis mit sekundärer Epityphlitis.*
17. *Hartmann-Kassel. Über einige ösophagoskopische Fälle.*
18. *Hildebrand-Basel. Thema vorbehalten.*
19. *v. Hippel-Kassel. Zur Frage der Catgutsterilisation.*
20. *Hoffa-Berlin. Zur Pathologie und Therapie der Kniegelenkserkrankungen.*
21. *Hoffmann-Düsseldorf. Über akute Magendilatation.*
22. *Jäckh-Kassel. Über einen Fall von Uretero-Pyelo-anastomosis.*
23. *Jäckh-Kassel. Über einen Fall von Endotheliom der männlichen Harnröhre.*
24. *König-Berlin. Thema vorbehalten.*
25. *Kollmann-Leipzig. Demonstration urologischer Instrumente usw.*
26. *Kredel-Hannover. Über die akute Darminvagination im Kindesalter.*
27. *Kuhn-Kassel. Perorale Intubation und pulmonale Narkose.*
28. *Kuhn-Kassel. Die Desinfektion der Gallenwege.*
29. *Landow-Wiesbaden. Zur Chirurgie der Knochen- und Gelenksyphilis.*
30. *Löwe-Berlin. Zur Chirurgie der Nase.*
31. *Madelung-Straßburg i. E. Thema vorbehalten.*
32. *Möhring-Kassel. Die ambulante Behandlung der tuberkulösen Wirbelentzündung und die Heilbarkeit der tuberkulösen Kyphose.*
33. *Möhring-Kassel. Die Osteomalakie im jugendlichen Alter.*
34. *Rehn-Frankfurt a. M. Thema vorbehalten.*
35. *Scheidl-Baden bei Wien. Neues über Frakturenbehandlung.*
36. *Schulz-Barmen. Über die Anwendung des Murphyknopfes bei der Gastroenterostomie.*
37. *Strauss-Barmen. Demonstration meiner automatischen Saug- und Druckspritze für Injektion und Aspiration.*
38. *Vossius-Gießen. Struma und Katarakt.*
39. *Ziemssen-Wiesbaden. Über Urethrismus.*

Die Abteilung ist eingeladen von der Abteilung für allgemeine Pathologie zu:
Reger-Hannover. a. Die gesetzmäßige Periodizität im Verlaufe des Unterleibstyphus.
b. Die Temperaturkurven der Tuberkulose.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Bericht über die Verhandlungen
der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie,
XXXII. Kongreß,
abgehalten vom 3.—6. Juni 1903
im Langenbeck-Hause.

Beilage zum Zentralblatt für Chirurgie 1903. Nr. 36.

Inhalt.

1) E. Holländer (Berlin). Chirurgie und alte Malerei.

Aus dem demnächst erscheinenden zusammenfassenden Buche: Medizin und klassische Malerei trägt der Vortr. das den Kongreß am meisten interessierende Kapitel an der Hand von ca. 100 Projektionsbildern vor. Zuerst entwickelt er die Entstehung der sogenannten Anatomiegemälde, welche, von den zunächst mehr skizzenhaften Anfängen des 13. Jahrhunderts beginnend, eine allmähliche Steigerung erfuhren, bis zu ihrem Höhepunkte: Rembrandt's Anatomie des Dr. Tulpius. Die Kurve des schnellen Verfalles der Malerei kontrastiert mit der aufsteigenden Linie der Medizin. Ihre größte Divergenz findet sie in des Chirurgen Petrus Camper's Anatomiegemälde. Es folgen die Vorsteher der Chirurgengilde zu Amsterdam, deren Gemälde den Zeitraum von ca. 200 Jahre umspannen. Es werden demnächst die von der Feuersbrunst des Jahres 1728 verschonten englischen Anatomiegemälde gezeigt, unter diesen besonders das Holbein'sche Gruppenbild: Heinrich VIII. vereinigt die Barbier- und Chirurgengilde durch einen Parlamentsakt; ferner folgt eine große Anzahl von künstlerischen Darstellungen von Operationen im Projektionsbilde, welche im wesentlichen die holländischen Sitten- und Kleinmaler (Adrian Brouver, Gerhardt Dou, Teniers, Ostade etc.) zu Autoren haben. Des näheren befaßt sich der Vortr. mit dem Wesen der Steinoperationen aus der Stirn, Schwindeloperationen, welche vom 13. Jahrhundert ab häufig von fahrenden Chirurgen ausgeführt wurden (das Narrenschneiden von Hans Sachs). Den Schluß machten die Darstellungen von Zahnoperationen.

(Selbstbericht.)

---

2) Lexer (Berlin). Die Verzweigung der Knochenarterien und ihre Beziehungen zu Knochenherden.

Trotz vieler Experimente über die Entstehung der tuberkulösen und der eitrigen Knochenherde ist doch unaufgeklärt geblieben, warum die Lokalisationen bei jeder von beiden Erkrankungen eine besondere Vorliebe für bestimmte Knochen oder Knochenabschnitte haben und warum, wo sie örtlich miteinander übereinstimmen, das Häufigkeitsverhältnis ein entgegengesetztes ist. Die von bakteriologischer Seite immer mehr betonte Bindungsfähigkeit des Knochenmarks, namentlich des jugendlichen, für Bakterien aus der Blutbahn erklärt gewiß manches, aber noch lange nicht alles. Dagegen verraten die Infarktherde der Knochentuberkulose mit Bestimmtheit Beziehungen zum Gefäßsystem der Knochen; auch sind solche zu vermuten bei ähnlichem Sitze der übrigen, rundlichen oder unregelmäßigen tuberkulösen Herde, ferner bei vielen experimentell erzeugten oder chronischen Osteomyelitisherden, bei welchen der Entstehungsort nicht durch fortschreitende Eiterung verwischt worden ist.

Diese Beziehungen der Knochenherde zum Gefäßsystem lassen sich nun leider an der Hand selbst der besten anatomischen Beschreibungen, Präparate und Zeichnungen kaum studieren, da ihnen jede Übersichtlichkeit abgeht. Dagegen haben mir die Röntgenaufnahmen von mit Quecksilber injizierten Leichenteilen, wie sie die Herren Hildebrand, Scholz und Wieting gemacht, den Weg gewiesen, auch von den Arterien der Knochen übersichtliche Darstellungen zu erhalten. Ohne mich heute auf die ziemlich schwierige Technik dieser Injektionen für die Knochengefäße einzulassen — denn die Kollegen Türk und Kuliga aus der v. Bergmann'schen Klinik werden demnächst ausführlicher darüber berichten —, möchte ich Ihnen mit dem Projektionsapparat einige Bilder vorführen, welche zumeist von neugeborenen, zum anderen Teile von kleinen Kindern stammen. Stereoskopische Aufnahmen von diesen und anderen Bildern, an denen ja im allgemeinen viel mehr zu sehen ist als an den einfachen projizierten Bildern, sind im Bibliothekszimmer während des Kongresses ausgestellt.

Beginnen wir mit den langen Röhrenknochen. Da das Periost und das Perichondrium mit großer Sorgfalt abpräpariert sind, so sieht man nur die intraossalen Gefäße. Von ihnen kann man drei Gefäßbezirke unterscheiden, welche mit dem Weiterwachsen immer mehr durch Anastomosen miteinander verschmelzen. Vor allem die Nutritia. Sie ist in ihrem Anfangsteile oft merkwürdig gewunden, geht häufig nicht in der Richtung weiter, in der sie die Corticalis durchbohrte, sondern biegt entgegengesetzt um. Am Femur ist sie stets doppelt und mit einer feinen Anastomose im Knochenmark versehen. Ihre Zweige reichen in das spongiöse Diaphysenende oder die Metaphyse, um Kocher's Ausdruck zu gebrauchen. Hier erhält sie Hilfe von einer Reihe von außen eintretender Gefäßchen, welche sich büschelförmig gegen die Knorpelfuge verzweigen, zum Teil auch durch sie hindurch in die Epiphyse dringen und in ihrem Auftreten an bestimmten Knochenstellen regelmäßig sind. Diese metaphysären Arterien sind deshalb wichtig, da sie sich gerade an Lieblingsstellen besonders der Knochentuberkulose finden, z. B. am Femurhals unten und oben, am Humerushals, am Femur hinten dicht oberhalb der Kondylen u. s. f. Die epiphysären Gefäße schließlich streben von allen Seiten dem Knochenkern zu, biegen von da gegen den Gelenkknorpel um oder durchbrechen die Knorpelfuge, um in die Metaphyse zu gelangen. Die Knorpelfuge enthält also von beiden Seiten aus Perforantes.

Fragt man sich bei der Betrachtung eines gut injizierten Knochens, wohin können oder müssen mit der Blutbahn in ihm Bakterienhaufen oder infizierte Emboli geraten, so wird man immer — falls nicht ein großer Pfropf ausnahmsweise schon inmitten der Diaphyse in einem Aste der Nutritia, z. B. in der Tibia, in welcher der schwächere Ast nach oben umbiegt, stecken bleibt — zu denjenigen Stellen am Knochen gelangen, welche als häufiger Sitz der tuber-

kulösen, seltener der eitrigen Herde bekannt sind. Nämlich mit der Nutritia in die Metaphyse, mit den metaphysären Gefäßen dicht an die Knorpelfuge oder mit dem Perforantes durch sie in die Epiphyse mit den epiphysären Gefäßen zum Knochenkern oder in eine der Endarterien, die zum Gelenkknorpel umbiegen und verstopft Keilherde entstehen lassen.

Gehen wir zu den kurzen und platten Knochen über, so sehen Sie hier Handwurzelknochen mit ganz feinen Gefäßchen, dann an drei Bildern von Phalangen, Metakarpal- und Metatarsalknochen, daß überall eine kurze feine, sich schnell verzweigende Nutritia vorhanden ist. Bei ihrem Anblick begreift man, daß die kurzen Röhrenknochen in der Diaphyse an Tuberkulose erkranken; denn ein Embolus wird schwerlich mit der Nutritia weit gegen die Epiphyse vordringen, sondern schon bald in der Mitte der Diaphyse stecken bleiben. An den Wirbeln fallen zwei größere Arterien auf, welche regelmäßig von hinten in den Wirbelkörper eindringen und oft über die Mitte hinaus nach vorn reichen. Ihnen entsprechen die tuberkulösen Keilherde mit der Basis nach vorn. Manchmal sind diese Arterien nicht gleich stark, sondern unregelmäßig entwickelt, aber überall an Hals-, Brust- und Lendenwirbeln sind sie vorhanden neben kleinen kurzen Ästchen, die von vorn in den Körper eindringen und bei schwächerer Entwickelung der hinteren Gefäße diese mehr oder weniger vertreten können. Am Fuße der Querfortsätze findet sich regelmäßig ein Gefäß. Der Atlas hat eine große Arterie in seinem hinteren Bogen. An den Rippen sieht man eine feine lange Nutritia gegen die Knorpelknochengrenze verlaufen, an welcher ein zweites Gefäß vom Perichondrium aus eintritt. Hier ist bekanntlich der Sitz der Typhusmetastasen. Die Scapula hat eine Arterie, die sich nach der Spina und dem Halse zu verzweigt. Am Becken sieht man, daß die größte Arterie — und dies allemal an 5 Bildern — von hinten aus der Gegend der Incisura ischiadica major in die mediale Seite der Beckenschaufel eintritt und ihre feinsten Zweige radienförmig nach allen Seiten ausschickt. Mit ihnen muß infektiöses Material in die Nähe des Darmbeinkammes oder der Pfanne geraten oder es muß, wird der ganze untere die Pfannengegend versorgende Ast verstopft, der typische Darmbein-Pfannensequester entstehen, welchen Geheimrat König in seiner Arbeit über die Hüftgelenkstuberkulose beschrieben hat. Seine Basis liegt nach der Pfanne, seine Spitze nach außen und hinten.

Durch eingehende Betrachtung unseres gesamten Materials, von dem ich Ihnen nur einen kleinen Teil projiziert habe, bin ich zu dem Schluß gekommen, daß alle Herderkrankungen am Knochen, welche sich auffällig mit den Gefäßverzweigungen decken, Beziehungen zu den Arterien haben müssen, d. h. durch Bakterienhaufen oder infizierte Emboli angelegt sind. Infarkte entstehen natürlich nur da, wo Endarterien vorhan-

den sind, und die Gestalt des Herdes nachträglich nicht verändert wird. Für den Unterschied in der Häufigkeit der befallenen Gegend bei Tuberkulose und eitriger Osteomyelitis, was z. B. die Gelenkenden, mehr aber noch die kurzen Röhrenknochen betrifft, liegt eine einfache Erklärung vielleicht darin, daß die embolische Verbreitung bei der Tuberkulose der häufigere, bei der Eiterung der seltenere Vorgang ist. Für das Befallenwerden der jugendlichen Knochen (durch solche embolische Prozesse) kann man vorläufig nur ganz im allgemeinen ihren größeren Gefäßreichtum als Erklärung heranziehen. Doch ist sicher von den Untersuchungen an Knochen verschiedener Altersstufen, die wir wegen mangelnden Materials noch nicht beenden konnten, deren Bericht wir uns aber vorbehalten, noch mancher wichtige Aufschluß zu erwarten. (Original.)

---

3) **K. Ludloff** (Breslau). Zur Diagnostik der Knochen- und Gelenktuberkulose.

In der Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose scheint man im Gegensatz zur Magen-Darmchirurgie für den blutigen Eingriff noch nicht zu einer solchen exakten und allgemein anerkannten Indikationsstellung durchgedrungen zu sein. Die Wahl zwischen Resektion, Jodoforminjektion, Bier'scher Stauung bleibt immer noch mehr oder weniger persönliche Geschmackssache. Wenn das hauptsächlich noch an dem ergänzungsbedürftigen Ausbau der Diagnostik liegt, ist das Röntgenbild auch auf diesem Gebiet noch zu einer größeren Rolle berufen, besonders bei den Fällen beginnender Tuberkulose, in deren Behandlung wir es als erstrebenswertes Ideal hinstellen müssen, den Knochenherd so früh nachzuweisen, daß wir ihn noch vor dem Durchbruch ins Gelenk extrakapsulär unschädlich machen können. Gerade die Gelenktuberkulose im ersten Dezennium müßte in diesem Sinne durchforscht werden. In diesem Alter nun erscheinen im Röntgenbild der Knie auffallende Bilder normaler Wachstumvorgänge, die einem geradezu die Frage aufdrängen, ob diese nicht als Prädilektionsstellen mit der Lokalisation der Tuberkulose in irgend einem Zusammenhang stehen.

Vor einigen Monaten hatte ich in einer Untersuchung an der Königsberger kgl. chirurg. Klinik unter Prof. Garrè nachweisen können, daß am normalen Knie bis zum 15. Jahre hauptsächlich zwei hierauf bezügliche Erscheinungen im Röntgenbild in Betracht kommen.

1) Bei Durchstrahlung von vorn nach hinten das Auftreten von Protuberanzen an der Knochenknorpelgrenze des Condylus medialis im Alter von 2—4 Jahren, und von ebensolchen an der Knochenknorpelgrenze des Condylus lateralis im Alter von 4 bis 5 Jahren (cf. Fig. 1).

2) Bei seitlicher Durchstrahlung das Auftreten eines durchscheinenden »Epiphysenfleckes« im vorderen Teil der Kondylen

im Alter von 1—15 Jahren, so lange die Epiphysenfugen persistieren (cf. Fig. 2).

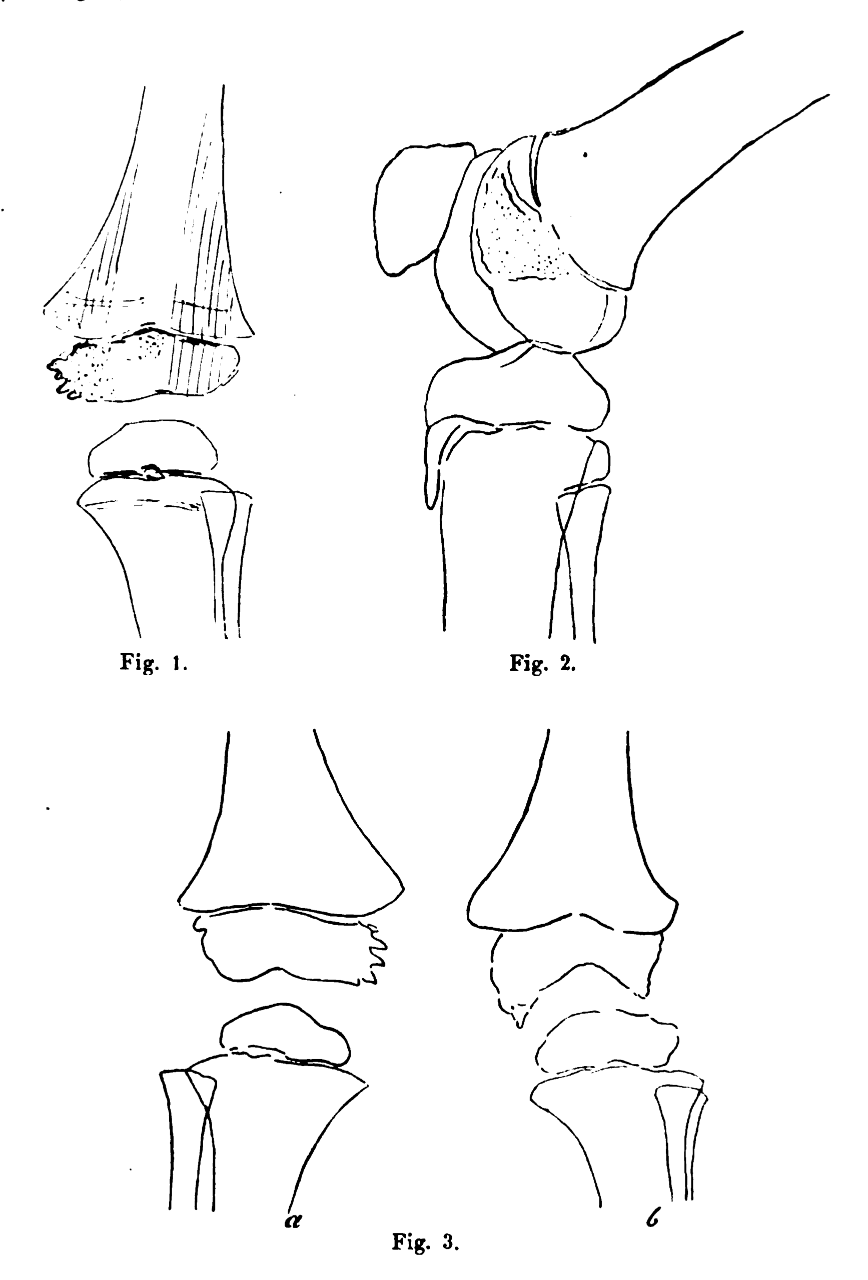


Fig. 1. Fig. 2.

Fig. 3.

Die in der Breslauer kgl. chirurg. Klinik unter Prof. v. Mikulicz-Radecki fortgesetzten und auch auf tuberkulöse Knie ausgedehnten Beobachtungen an Knien von Kindern im Alter von 3

bis 7 Jahren haben nun einerseits diese früheren Ergebnisse bestätigt, andererseits Veränderungen an diesen Stellen der Protuberanzen und des Epiphysenfleckes erkennen lassen, die für die Tuberkulose charakteristisch zu sein scheinen.

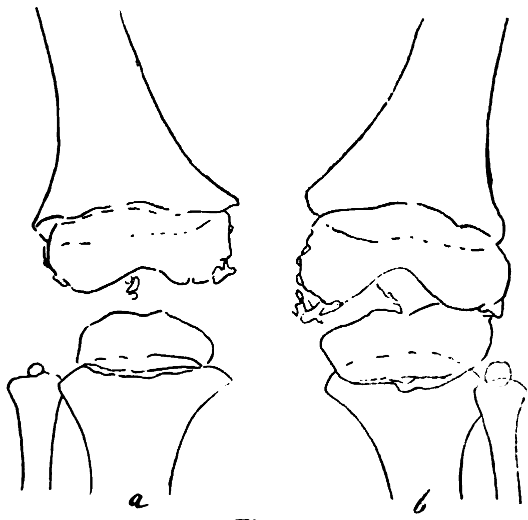


Fig. 4.

Zur Erläuterung sind hier vier schematische Zeichnungen, die aus einer größeren Reihe als besonders charakteristisch ausgewählt sind, eingefügt worden.[1]

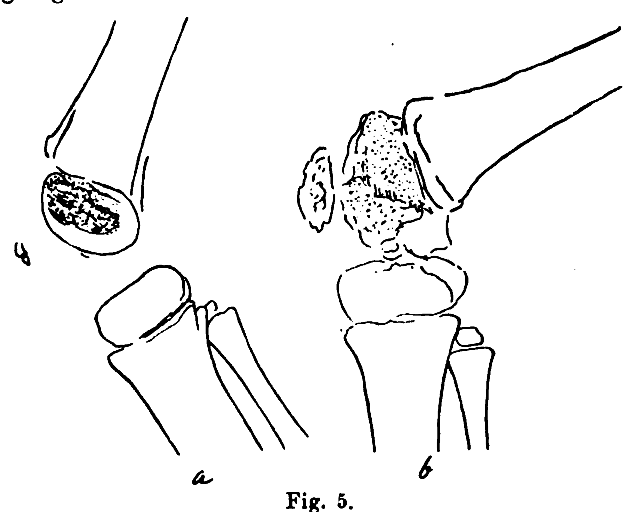


Fig. 5.

Fig. 3 und 4 geben das gesunde und kranke Knie in Durchstrahlung von vorn nach hinten,

[1] cf. Originalartikel Chirurgenkongreß 1903.

Fig. 5 und 6 das gesunde und kranke Knie in Durchstrahlung von der Seite wieder.

Diese schematischen Zeichnungen lassen erkennen, was durch eine größere Reihe erhoben ist, nämlich daß

bei Durchstrahlung von vorn nach hinten am kranken Knie die Protuberanzen an der seitlichen Knochenknorpelgrenze der Kondylen verlöscht resp. verringert erscheinen,

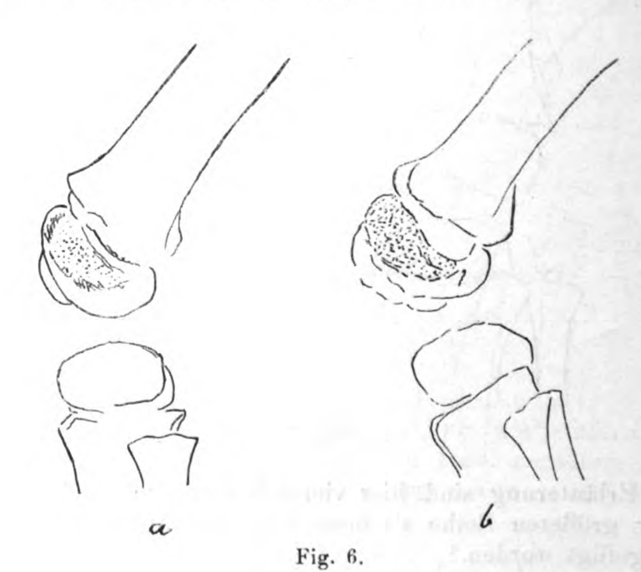


Fig. 6.

an der Unterfläche zapfenartige Neubildungen von Knochensubstanz sich nach der Tibia zu erstrecken,

die Kondylen vergrößert, wie aufgeblasen erscheinen,

bei Durchstrahlung von der Seite der Epiphysenfleck vergrößert, durchsichtiger, seiner normalen netzförmigen Struktur der Quer- und Schrägbälkchen beraubt und schärfer konturiert erscheint,

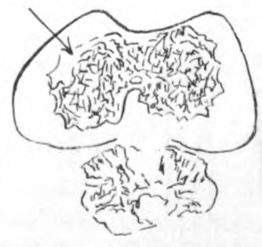


Fig. 7.

daß die Vergrößerung sich nicht nur auf die Kondylen, sondern oft auch auf den Tibia- und Fibulakopf und Patella erstreckt.

Wie diese beschriebenen Veränderungen im Röntgenbild zustande kommen, lehrt das Röntgenphotogramm eines Resektionspräparates einer Kniegelenksresektion eines 4jährigen Kindes (das ich Herrn Geheimrat Garrè verdanke). Auf dem Horizontalschnitt durch Kondylen und Tibiakopf (cf. Fig. 7) zeigt sich das feine Netzwerk der Knochenbälkchen mit spitzenförmigen Protuberanzen, die übrigens am Tibiakopf anders gestaltet sind als an den Kondylen.

Zentral an der Knochenknorpelgrenze des Condylus medialis sitzt ein etwa bohnengroßer Herd. Dieser Herd entspricht der Stelle des Epiphysenflecks. In diesem Herde sind sämtliche Bälkchen gleichsam ausradiert. Bei Durchstrahlung von der Seite muß nun der Epiphysenfleck so erscheinen, wie wir ihn auf der kranken Seite gesehen haben, und bei Durchstrahlung von vorn nach hinten müssen auf diese Weise die Protuberanzen auf der kranken Seite im Bild verschwinden.

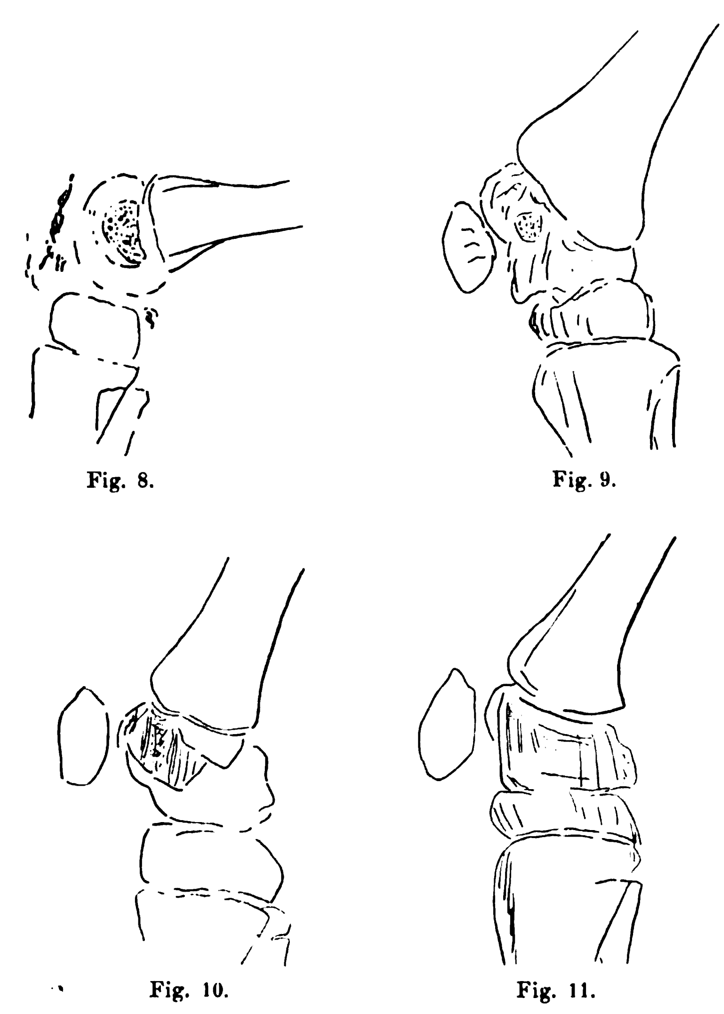


Fig. 8. Fig. 9.

Fig. 10. Fig. 11.

Daß diese Veränderungen des Epiphysenflecks nicht nur das Resultat von hochgradiger Knochenatrophie sind, beweisen Röntgenbilder der Knie eines Kindes, das, an Little'scher Krankheit leidend, längere Zeit im Gipsverband im Bett gelegen hat. Hier ist deutliche Atrophie der ganzen Knochen aufgetreten, im Epiphysenfleck sind aber erhalten geblieben die Zeichnungen der auf die Platte

projizierten Quer- und Schrägbalken in den Kondylen (cf. die Zeichnungen im Originalartikel).

Aber an diesem erwähnten Epiphysenfleck können wir nicht nur die degenerativen Vorgänge am Knochen bei ausgesprochener und beginnender Tuberkulose studieren, sondern auch die regenerativen Vorgänge bei der ausheilenden Tuberkulose zeigen sich wieder zunächst an diesem Epiphysenfleck. Wie aus Fig. 8—11 hervorgeht, legen sich, je weiter die Heilung fortschreitet, feine Knochenvertikalbälkchen an dieser Stelle an, die schließlich den Epiphysenfleck ganz ausfüllen. Diese Vertikalbälkchen fehlen am normalen Knie an dieser Stelle. Das Auftreten derselben am versteiften, in Heilung begriffenen Knie zeigt deutlich die Knochentransformation nach der neuen statischen Inanspruchnahme als reines Stützorgan.

Wenn also das Röntgenbild derartige Veränderungen zeigt und dafür spricht, daß in allen diesen untersuchten Fällen neben der manifesten Weichteiltuberkulose Knochenherde vorhanden sind an der Knochenknorpelgrenze, so wird dadurch folgende Fragestellung angeregt:

1) In bezug auf die Ätiologie:

a. Wird die Synovia vom Knochenherd aus infiziert?

b. Wird der Knochenherd von der Synovia aus hervorgerufen?

c. Werden beide zu gleicher Zeit von derselben Stelle aus infiziert?

Zu berücksichtigen ist hierbei, daß der »Epiphysenfleck« die Eintrittsstelle für die zahlreichen Vasa nutritia in den Knochen ist, und daß dieser gerade an der Überschlagsstelle der Synovia liegt, da wo der tuberkulöse Pannus sich auf den Gelenkknorpel hinüberschiebt. Zur Lösung dieser Fragen sind noch genauere Untersuchungen der Gefäßversorgungen der Epiphyse und der Synovia notwendig.

2) Auch für die Therapie sind diese Befunde nicht ohne Belang.

Es würde weiter zu untersuchen sein, ob wirklich die Jodoforminjektion auch außer der Wirkung auf den Fungus eine solche auf die Knochenherde entfalten kann.

Wenn wirklich die Vergrößerung der knöchernen Teile des kranken Gelenkes hervorgerufen wird durch multiple Knochenherde, so würde außer der Resektion, die ja bei der Knieresektion alles Krankhafte wirklich eliminiert, nur die Bier'sche Stauung dieser Indikationsstellung gerecht werden. Ihre Wirkung genauer zu studieren, hätten wir gerade in den feinen Veränderungen am Epiphysenfleck ein ausgezeichnetes Testobjekt. (Selbstbericht.)

---

4) **H. Gross** (Jena). Die »Drüsenkrankheit von Barbadoes«.

Noch jetzt ist der eigentümliche Prozeß aus der tropischen Pathologie des Lymphsystems, der seiner Zeit nach der Weil'schen Übersetzung der Arbeit von Hendy-Rollo in der deutschen Lite-

ratur eine so große Bedeutung erlangt hatte, auf den Antillen endemisch, weiter auf Mauritius und Réunion; seltener ist sein Vorkommen in den asiatischen, englischen Kolonien, in Australien, Brasilien usw.

Die »Drüsenkrankheit«, gewöhnlich im 2. und 3. Jahrzehnt einsetzend, ist charakterisiert durch Anschwellung meist beider Leistenbeugen; die Lymphdrüsen intumeszieren; sie werden varicös, d. h. sie werden durch Erweiterung ihrer Sinusse in ein System immer mehr sich erweiternder, mit einander kommunizierender Hohlräume verwandelt.

Zuerst isoliert für sich deutlich palpabel, werden die ektasierten Drüsen dann in ein gemeinsames üppiges Fettlager gehüllt. Schließlich können durch Vereinigung der inzwischen vollständig cystisch degenerierten Drüsen bis mannskopfgroße Hohlgeschwülste sich entwickeln.

Von den Leistenbeugen aus wandert der Prozeß, unter Vermittlung der interglandulären Gefäße und Stämme, die ihrerseits eine entsprechende Dilatation erfahren, zentralwärts, ergreift zuerst den Strombezirk der Trunci lumbales und geht dann über das Receptaculum chyli hinaus auf das Gebiet des Thoracicus über. Bei der — jedoch sehr seltenen — »generalisierten Form« finden sich variköse Drüsentumoren auch am Halse, in den Achseln usw.

Die Erkrankung kann, namentlich in höherem Alter, vollständig sich zurückbilden; die Tumoren verschwinden. Eine Anzahl Kranker fällt den Ernährungsstörungen zum Opfer, die überhaupt eine charakteristische Folgeerscheinung der Erkrankung repräsentieren. Die skelettartige Abmagerung mit dem Bilde schwerster Kachexie und dem tödlichen Ausgang ist indes weit seltener, als leichtere Verdauungsstörungen mit Schwankungen im Körpergewicht, Magen- und Darmbeschwerden, Widerwillen gegen bestimmte Speisen usw.

Eine weitere gefährliche Komplikation wird durch die Etablierung von Lymphfisteln (profuse Lymphorrhagie) auf der Kuppe der Drüsencysten geschaffen; durch Infektion von außen her erfolgt eine Vereiterung des ganzen Lymphsystems.

Von erysipelatösen Schüben, bald in mehr zirkumskripter Form auf eine erkrankte Drüsengruppe sich beschränkend, bald über das ganze Lymphsystem dahinbrausend, wird fast kein Kranker verschont.

Die Ursache der Drüsenkrankheit ist die Filaria.

Im Gegensatz zu der Auffassung Manson's, der die »varicose groin glands« als Effekt der durch Filaria bedingten Verstopfung der großen Lymphstämme, speziell des Thoracicus, und durch sie hervorgerufene Lymphstauung ansprach, tendiert die Ansicht der westindischen, wie auch der französischen, speziell Pariser Ärzte, daß die Filaria bezw. ihre Embryonen durch die Haut in die Leistendrüsen eindringen (cf. Carter) und hier durch Entfachung einer Lymphangiektasie der Drüsensinusse den varikösen Zustand herbeiführen.

Von diesem Gesichtspunkt aus ist die Operation mehrfach ausgeführt worden in der Absicht, durch Exstirpation der Leistendrüsen als Herd der Krankheit letztere zu heilen.

Unter dem gewonnenen Material befinden sich auch Präparate, die den kavernösen Zustand der Drüsen in ihrem ersten Beginn erkennen lassen. Vortr. demonstriert solche, die ihm von den Herren Prof. Cornil, Prof. le Dentu, Dr. Marie, Dr. Decloux usw., sämtlich in Paris, überlassen wurden, sowie auch mikroskopische Schnitte, unter ihnen solche, die eine Filaria in der ektasierten Drüse, auf dem Durchschnitt getroffen, darbieten.

Die »Drüsenkrankheit von Barbadoes« hat insofern eine große Bedeutung erlangt, als die cystischen Einzelbildungen von den französischen Chirurgen seit Nélaton vielfach als Urtypus einer lymphektatischen Geschwulst überhaupt angesprochen wurden; weiter verdient sie große Beachtung deswegen, weil, wie in Frankreich, so auch in Deutschland der »einheimische«, nicht durch Filaria bedingte Typus vorkommt: Adénolymphoide indigène der Franzosen.

Vortr. hat innerhalb 4 Jahren 6 Beobachtungen gesammelt, darunter je 2 der Straßburger und Jenenser Klinik.

Durch diese Beobachtungen angeregt, sich mit dem Kapitel der Lymphangiektasien eingehender zu beschäftigen, hat Vortr. die Ansicht gewonnen, daß die »Drüsenkrankheit von Barbadoes« in ihrem einheimischen wie tropischen Typus als eine der wichtigsten Formen der lymphangiektatischen Prozesse überhaupt anzusehen ist und ihre genetische Sicherstellung uns Klarheit über manche noch strittige, bezw. gänzlich unbeantwortete Fragen in einem der dunkelsten Gebiete der chirurgischen Pathologie verschaffen könnte.

Vortr. appelliert zum Schluß an das Entgegenkommen der Anwesenden und bittet, ihm ähnliche Beobachtungen, auch solche mit Lymph- und Chylusfisteln der Leistenbeuge, wie auch Kombinationen mit Elephantiasis, Lymphskrotum etc. zur Verfügung zu stellen, ev. die Adresse der betreffenden Kranken mitzuteilen. (Selbstbericht.)

---

5) A. G. Neuber (Kiel). Erfolge der aseptischen Wundbehandlung.

Einleitend berührt Vortr. die Entwicklung der aseptischen Wundbehandlung. Der seit 1879 angewandte, aber in seiner Technik noch mangelhafte Dauerverband bot für eine große Zahl von Wunden den Vorteil der Heilung unter einem Verband. Das dabei infolge der energischen Wunddesinfektion reichlich gelieferte Sekret wurde durch resorbierbare Drains, später durch Haut- resp. Muskelkanäle abgeleitet und von großen antiseptisch präparirten Verbandmassen aufgenommen. Diesen Verbänden nahm N. die äußere luftabschließende Schicht und benutzte poröses Material — Torf, Moos, Sägespäne —, in welchem die Sekrete infolge rascher Eintrocknung sich nicht zersetzen konnten; damit wurde die antiseptische Präparation der Verbandsstoffe hinfällig. Nebenher gingen Versuche, welche auf Beseitigung resp. Einschränkung der Drainage gerichtet

waren. N. bemühte sich, durch versenkte Nähte, Hauteinstülpungen und Lappenimplantation Sekretansammlungen innerhalb der Wunde zu vermeiden und die Sekretion selbst durch möglichst geringe chemische sowie physikalische Wundreizung herabzusetzen. Die Wunde sollte am liebsten gar nicht, höchstens mit gekochtem Wasser oder sterilisierter Kochsalzlösung irrigiert werden. Nach sorgsamer Blutstillung lieferten derartig behandelte Wunden nur wenig Sekret, welches durch die Lücken der locker gelegten Nähte genügend Abflußgelegenheit fand. — Je mehr von der primären Wunddesinfektion Abstand genommen wurde, desto mehr trat die Prophylaxe in den Vordergrund. Für die allgemeine Organisation des Betriebes, Reihenfolge der Operationen, Desinfektion der Haut und Hände, Vorbereitungen des Pat., Sauberkeit der Zimmer und des Inventars bestanden strengste Vorschriften. Es folgte die Einführung der aseptischen Instrumente, die Zweckmäßigkeit einfacher Einrichtung der Operationszimmer wurde betont. In der Praxis bewährte sich das Verfahren so gut, daß in der Tat die Drainage für fast alle primär vereinigte Wunden überflüssig erschien. Im Jahre 1886 errichtete N. ein besonderes Hospital, in der ausgesprochenen Absicht, an die Stelle der antiseptischen die aseptische Wundbehandlung treten zu lassen. Vor der Operation wurden die Zimmer, in welche nur filtrierte Luft gelangte, durch Besprengen der Wände in eine feuchte Kammer verwandelt, Instrumente, Schalen, Güsse, Bürsten, Irrigatoren durch gekochtes Wasser — Gaze, Tupfer, Servietten, Handtücher in strömendem Dampf sterilisiert. So ist die aseptische Wundbehandlung mit festem Zielpunkt und in logischer Entwicklung im Anschluß und als Abschluß der Arbeiten über den antiseptischen Dauerverband entstanden. N. betont dies besonders gegenüber der allgemeinen Annahme, daß es sich hier lediglich um ein Verdienst der Bakteriologie, speziell Rob. Koch's handle.

Eine vergleichende Gegenüberstellung der Resultate aus der Übergangsperiode im Jahre 1884 und der vollentwickelten Asepsis der Jetztzeit ergibt eine Steigerung der Primärheilungen von 88% auf 97,5%. Die selten vorkommenden Störungen werden meist durch Gangrän mangelhaft ernährter Fascien bedingt und beeinträchtigen den schließlichen Erfolg nicht. Nach Resektionen wegen schwerer Gelenktuberkulose sowie bei Verletzungen mit stark beschmutzten und gequetschten Rändern werden, trotz sorgsamster Toilette, die Wunden nur teilweise geschlossen, im übrigen zunächst tamponiert und erst später vereinigt.

Alle Wunden werden vor dem Verschluß sorgfältig trocken gelegt, länger dauernde Operationen alle 10—15 Minuten durch kurze — für rasche Reinigung der Instrumente, der Haut, Hände usw. bestimmte — Pausen unterbrochen, Ligaturen möglichst durch Torsion oder Kompression mit Péans, deren Spitze vorher erwärmt wurde, ersetzt. Stichkanaleiterungen kommen seit Verwendung der Michel-schen Klammern nicht mehr vor. Da nach N.'s Ansicht eine ele-

gante, vor der Operation gründlich gereinigte Salonhand der Wunde weniger gefährlich ist, als die zwar energisch gereinigte und desinfizierte, aber spröde, rauhe und rissige Hand manches Chirurgen, wird großes Gewicht auf Kosmetik und Pflege der Hand gelegt. Im übrigen spielen reichliche Waschvorrichtungen, milde und doch wirksame Seifen, gute Nagelinstrumente und rauhe Handtücher die Hauptrolle. Eine besondere Desinfektion mit Formalinseife oder Seifenspiritus findet nur vor größeren hochaseptischen Operationen statt, Gummihandschuhe werden zum Schutz der Hände vor dem Eingehen in septisch infizierte Wunden angelegt, Kopfkappen und besondere Schutzvorrichtungen für den Mund nicht benutzt.

Die Verbandtechnik ist recht einfach; für kleine Wunden genügt wenig mit durchlochtem Heftpflaster fixierte Krüllgaze; nach größeren Operationen kommt direkt auf die Wunde sterilisierte Gaze, darüber Schwammfilz, welcher sich besonders an den Extremitäten bewährt hat, da er, durch Metallschienen verstärkt, einen sehr guten Fixationsverband darstellt. Soll einige Tage nach der Operation die Wunde revidiert werden, so gelingt dies ohne jede erhebliche Störung, wenn man einen vorher umschnittenen Filzlappen zurückklappt, die Wunde freilegt und nach Vornahme der erforderlichen Manipulationen wieder mit Gaze und dem Filzlappen bedeckt.

Bei verhältnismäßig kleiner Krankenzahl arbeitet N. mit einem altgeschulten Personal unter günstigen allgemeinen Bedingungen; es wird zugegeben, daß für größere Betriebe, der jeweiligen Lage entsprechend, Modifikationen des skizzierten Verfahrens erforderlich sein können. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Lauenstein (Hamburg) spricht sich dagegen aus, daß man sich zu der Vornahme eitriger Operationen weniger gründlich zu desinfizieren brauche wie zu der Vornahme aseptischer Eingriffe. Außerdem glaubt er der Luftinfektion infolge Verunreinigung des Bodens durch schmutzige Stiefelsohlen eine gewisse Bedeutung zuschreiben zu müssen.

Neuber (Kiel) will sich zu eitrigen Operationen auch gründlich desinfizieren, gründlicher jedoch zu den aseptischen Eingriffen.

Herhold (Altona).

---

6) **B. Heile** (Breslau). Die antiseptische Wirkung des Jodoforms.

Es handelt sich darum, den Grund zu finden, warum Jodoform bei den Klinikern als gutes Antiseptikum gilt, warum es andererseits im Reagensglas in seiner Wirksamkeit weit hinter allen Antisepticis zurück bleibt.

Vortr. zeigt, daß es notwendig ist, lebendes Gewebe zuzusetzen und die reduzierende Wirkung desselben durch Abschluß von Sauerstoff zu erhöhen. Mischt man Organbrei und Jodoform anaërob

miteinander, so wird Jodoform nach 3—5 Tagen derart zersetzt, daß es jetzt Staphylokokken und Streptokokken abtötet. Jodoform oder Organbrei allein töten dagegen die Bakterien in derselben Anordnung absolut nicht. —

Von den Organen bewirkt Leber die größte, Gehirn und Fett die geringste Zersetzung des Jodoforms; in der Mitte stehen Milz, Blut, Niere, Lunge etc. Die Granulationen verhalten sich ebenso wie die Organe, und zwar scheinen tuberkulöse Granulationen die intensivste Zersetzung auszulösen. Den Grad der Zersetzung des Jodoforms bestimmte Vortr. in den einzelnen Fällen durch quantitative Jodbestimmung. Entsprechend der Größe der antiseptischen Wirkung des Jodoforms wächst die Größe der Jodabspaltung. Das Wirksame kann aber doch nicht freies Jod sein, weil Jod auch bei Zutritt von Sauerstoff (aërob) abgespalten wird; dann wirkt Jodoform aber nicht antiseptisch.

Überdies wirkt Jod als Tinctura jodi oder als Kal. resp. Natr. jodat. noch in viel stärkerer Konzentration, als sie bei der Jodoformzersetzung überhaupt vorkommen kann, gar nicht antiseptisch. — Ebensowenig kann es sich nach den Experimenten des Vortr. um die Wirkung flüchtiger Stoffe handeln, sondern es entsteht mit größter Wahrscheinlichkeit bei der Jodoformzersetzung Dijodacetylen (CHJ—CHJ). Dies ist sehr stark baktericid und wird durch Oxydationsvorgänge unwirksam gemacht. —

Vortr. weist darauf hin, daß diese experimentellen Resultate mit unseren bisherigen klinischen Erfahrungen sehr gut übereinstimmen: Jodoform wirkt nicht auf oberflächliche Wunden, aber sehr kräftig in Höhlenwunden. Bei Nachbehandlung von Mund-, Rachen- und Mastdarmerkrankungen haben wir Höhlen, ausgekleidet mit lebendem Gewebe, zu denen der Luftzutritt erschwert ist. Die kräftigste Zersetzung des Jodoforms findet sich bei Verletzung innerer Organe, besonders Leber und Niere. Hierbei wird Jodoform, wie Vortr. experimentell zeigen konnte, so stark zersetzt, daß es nicht nur antiseptisch, sondern direkt ätzend wirkt. Langsam wird Jodoform sich zersetzen bei Berührung mit wenig lebendem Gewebe in kalten Abszessen, sehr viel kräftiger durch Einwirken tuberkulöser Synovia oder Granulationen usw., z. B. in tuberkulösen Gelenken.

Zum Schluß betont Vortr., daß Jodoform, welches früher hinter allen gebräuchlichen Antisepticis zurückstand, in dieser Versuchsanordnung plötzlich an die Spitze tritt und auch die besten (z. B. Sublimat) übertrifft. Bei Prüfung neuerer und Kontrollierung älterer Mittel wird man diese Erfahrung berücksichtigen müssen, worauf Vortr. später zurückkommen wird. (Selbstbericht.)

---

7) **K. Wessely** (Berlin). Zur Kenntnis der Wirkung lokaler Reize und lokaler Wärmeapplikation. Nach Experimenten am Auge.

Unter den verschiedenen Faktoren, welche nach Bier den Heilwert der Hyperämie bedingen, nimmt die bakterientötende Wirkung eine wichtige Stelle ein. Für einen bestimmten Fall von Hyperämie, für die »Stauung«, ist sie auf experimentellem Wege von Hamburger und Nötzel sicher erwiesen worden. Aber es ist bei diesen Versuchen stets nur das gesamte baktericide Vermögen der entnommenen Transsudatflüssigkeit untersucht worden, wobei neben den eigentlichen baktericiden Substanzen die verschiedensten anderen Momente, wie Kohlensäurereichtum, Alkaleszenz und Leukocytengehalt, in gleicher Richtung zusammenwirken können. Vortr. hat sich deshalb die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, welche Rolle den eigentlichen Antikörpern des Serums bei der Hyperämie zukommt, da wir in diesen heutzutage doch die wesentlichsten Heilpotenzen des Serums zu sehen gewohnt sind. Auch hat er kein bis zur Ödembildung führendes, sondern mildere Hyperämie erzeugende Verfahren gewählt, nämlich die Applikation lokaler Reize und örtlicher Wärme. Seine Fragestellung lautet demnach: »Treten unter der Einwirkung dieser hyperämisierenden Verfahren die Antikörper des Serums in vermehrter Menge aus den Gefäßen in die Gewebe?

Zur Lösung dieser Frage bietet das Auge ein ganz besonders günstiges Versuchsobjekt. Denn während sonst die Gewebsflüssigkeit, d. h. die Flüssigkeit so, wie sie aus den Gefäßen in die Gewebe tritt, einer genaueren Prüfung unzugänglich ist, lassen sich die intraokularen Flüssigkeiten, speziell das Kammerwasser, jederzeit bequem zur Untersuchung entnehmen.

Wie Vortr. nun durch Versuche am Kaninchenauge festgestellt hat, bringen lokal auf die Bindehaut wirkende Reize (subkonjunktivale Kochsalzinjektionen, mechanische Reizung oder dergl.) auf dem Wege des Reflexes auch die inneren Gefäße des Auges, vor allem die des Ciliarkörpers, zur Hyperämie, und die Folge dieser Hyperämie ist ein reichlicher Austritt von Eiweiß aus den Ciliarkörpergefäßen ins Kammerwasser. Der Humor aquëus, der normaliter nur etwa $^1/_{40}$% Albumen enthält, zeigt dann einen Gehalt von 1—2%. Ganz die gleiche Wirkung haben warme Umschläge, wenn sie mit einer Temperatur von 50—60° C längere Zeit auf die geschlossenen (vorher rasierten) Lider des Kaninchens appliziert werden. Je nach der Höhe der angewandten Temperatur ist der Eiweißgehalt des Kammerwassers dabei ein verschiedener.

Weiterhin konnte an künstlich immunisierten Tieren festgestellt werden, daß die jeweils erzeugten Immunkörper im unversehrten Auge solcher Tiere entweder gar nicht oder nur in sehr geringer Menge zu finden sind, daß sie aber sofort in bedeutender Menge im

Kammerwasser auftreten, sobald man lokale Reize oder warme Umschläge auf die Augen einwirken läßt. So zeigt der Humor aquëus typhusimmuner Tiere unter der Wirkung subkonjunktivaler Kochsalzinjektionen eine 10—20fach stärkere Agglutinationsfähigkeit, als wenn am Auge nichts geschehen ist; und bei Tieren, die mit Bluteinspritzungen vorbehandelt sind, löst das Kammerwasser Blutkörperchen überhaupt erst dann auf, wenn Reize oder Wärme auf das Auge gewirkt haben. Aber nicht nur die Agglutinine und Hämolysine, sondern auch Antitoxine, Bakteriolysine und Präzipitine treten unter den gleichen Umständen in vermehrter Menge ins Kammerwasser ein. Der Antikörpergehalt geht aber stets parallel dem Eiweißgehalt.

Da aber die intraokularen Flüssigkeiten in diesem Verhalten immerhin eine Sonderstellung einnehmen könnten, und den Chirurgen, wenn er überhaupt lokale Reize und Wärme zur Anwendung bringt, wesentlich das Verhalten gewöhnlicher, Gefäße führender Gewebe interessiert, hat Vortr. seine Versuche auch auf eine echte Gewebsflüssigkeit, nämlich auf die der Konjunktiva ausgedehnt. Die Bindehaut bietet vor anderem Bindegewebe den Vorzug, daß man injizierte Flüssigkeit relativ vollständig aus ihr wieder entnehmen und so infolge der allmählichen Vermischung der injizierten mit der aus den Gefäßen austretenden Flüssigkeit wenigstens ein vergleichsweises Urteil über die Beschaffenheit der Gewebsflüssigkeit erhalten kann. Indem nun physiologische Kochsalzlösung unter die Bindehaut injiziert und nach $^1/_2$ Stunde (am vorher entbluteten Tier) durch Auspressen wieder entnommen wurde, konnte festgestellt werden, daß die so erhaltene Preßflüssigkeit, wenn am Auge weiter nichts geschehen war, etwa $^1/_5$, nach Einwirkung von Reizen oder warmen Umschlägen dagegen 1—2% Eiweiß enthielt. Ganz entsprechend fand sich dann an immunisierten Tieren auch der Antikörpergehalt der Preßflüssigkeit stark erhöht, was sich besonders schön bezüglich der Hämolyse demonstrieren läßt.

Es bewirken demnach lokale Reize und Wärme auch in einem gewöhnlichen, Gefäße führenden Bindegewebe einen vermehrten Austritt von Eiweiß und Antikörpern aus den Gefäßen, und Vortr. glaubt deshalb, *daß ganz im allgemeinen in dem vermehrten Austritt der Antikörper eine der Ursachen der Heilwirkung der Hyperämie liegt.* Daß es sich wirklich bei allen diesen Versuchen rein um die Wirkung der erzeugten Hyperämie handelt, läßt sich noch dadurch sicherstellen, daß die geschilderten Folgen ausbleiben, wenn durch Anwendung von Adrenalin das Zustandekommen der Hyperämie verhindert wird.

Obwohl Vortr. mehrfach betont, mit seinen Versuchen nur einen theoretischen Beitrag zur Frage des Heilwertes der Hyperämie beigebracht haben zu wollen, glaubt er doch, daß dieselben auch für die Praxis gelegentlich einen kleinen Hinweis liefern könnten. Denn es wäre daran zu denken, *ob nicht unter Umständen* bei lokalen

Erkrankungen, gegen deren Erreger wir durch künstliche Zufuhr von Immunserum vorzugehen imstande sind, durch Kombination der Serumbehandlung mit lokalhyperämisierenden Verfahren die Immunkörper der erkrankten Stelle in vermehrter Menge zugeführt werden könnten. Vortr. erläutert das an einem Beispiele aus der Augenheilkunde, dem Ulcus corneae serpens, bei dem ihm eine derartige Verbindung der Serumbehandlung mit warmen Umschlägen z. B. rationell erscheinen möchte.

Demonstrationen von Kammerwasserproben und Konjunktivalflüssigkeit, an denen teils der Eiweißgehalt, teils die Hämolysinwirkung zur Anschauung gebracht ist, illustrieren die Schilderung der Versuche. (Selbstbericht.)

---

8) **H. Küttner** (Tübingen). Zur Frage des künstlichen Blutersatzes.

K. hat die Frage des künstlichen Blutersatzes, welche lange geruht hat, noch einmal in Angriff genommen, da dieselbe noch nicht in befriedigender Weise gelöst ist. Die Schwierigkeit liegt zurzeit darin, daß auf der einen Seite die gebräuchliche physiologische Kochsalzlösung bei wirklicher Verblutung das Leben nicht zu retten vermag, daß auf der anderen Seite aber die Transfusion des allein in Betracht kommenden menschlichen Blutes schwer durchzuführen und unter Umständen ein lebensgefährlicher Eingriff ist.

Zuerst hat K. die physiologische Kochsalzlösung durch Flüssigkeiten zu ersetzen versucht, welche in ihrem Salzgehalt demjenigen des Blutserums genau entsprachen. So wurde an Kaninchen mit der von den Physiologen viel verwandten Ringerschen bezw. Locke'schen Flüssigkeit experimentiert, doch zeigte sich dieselbe der Kochsalzlösung nicht überlegen. Dann hat K. das Adrenalin für die Frage nutzbar zu machen versucht, von der Annahme ausgehend, daß die blutdrucksteigernde Wirkung der Nebennierenpräparate eine Art Autotransfusion zur Folge haben müsse. Die Versuche verliefen jedoch ohne sicheres Resultat, auch schien das Mittel wegen seines zuerst reizenden, dann aber lähmenden Einflusses auf das Herz wenig empfehlenswert für die Verwendung beim Menschen, obwohl es sich als Herzreizmittel zweimal auffallend wirksam erwies, als es bei schwerster, vom Tode nicht zu unterscheidender Chloroformsynkope in das Herz und die Jugularis des Tieres injiziert wurde.

Angeregt durch die Arbeiten der Physiologen Locke und Kuliabko hat K. schließlich den Sauerstoff für den Blutersatz auch nach Hämorrhagien verwertet. Dieser Versuch erschien deswegen in hohem Maße gerechtfertigt, weil bei Infusion von Salzlösungen die Tiere daran zugrunde gehen, daß trotz Zirkulierens der restie-

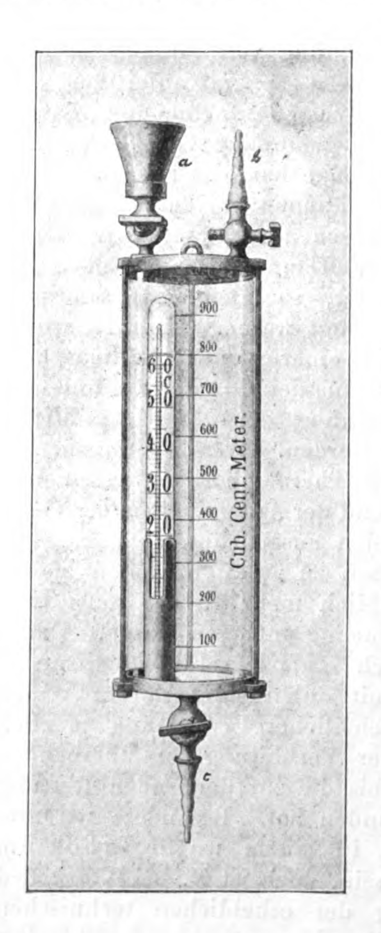
renden Blutmenge den Zentren auf die Dauer nicht genügend O zugeführt wird.

Zuerst wurde, um eine sichere Grundlage zu schaffen, durch eine größere Serie von Tierexperimenten in Übereinstimmung mit Maydl, Feis u. a. festgestellt, daß auch die widerstandsfähigsten Kaninchen bei Kochsalzinfusion einen Blutverlust von mehr als 3% des Körpergewichts nicht dauernd überstehen. Dann wurde an so entbluteten Kaninchen ein Versuch zunächst mit Sauerstoff-Inhalation gemacht. Da die Verwendung von Masken gewisse Nachteile ergab, ließ K. einen voluminösen Apparat anfertigen, bestehend aus einem gasdichten, 500 Liter Wasser aufnehmenden Bassin, auf dessen durchlochte Deckplatte eine geräumige Glasglocke luftdicht aufgesetzt wurde. Unter diese Glocke kam das aus der Carotis entblutete Tier, nachdem ihm zur vorläufigen Wiederbelebung ein der entzogenen Blutmenge genau entsprechendes Quantum Kochsalzlösung in die Jugularis infundiert war. Dann wurde von oben her Sauerstoff in die Glasglocke eingeleitet, so lange, bis sämtliche 500 Liter Wasser aus dem Bassin verdrängt waren. Dadurch wurde erreicht, daß das Tier nun wirklich in einer reinen O-Atmosphäre atmete; denn die atmosphärische Luft in der Glasglocke und die Exspirationsluft des Tieres konnten gegenüber der sehr großen Menge Sauerstoffs im Apparat vernachlässigt werden. Wurde nun die Abkühlung des entbluteten Tieres durch Thermophorkompressen und Watteeinwicklung sorgfältig verhütet und der Aufenthalt in der O-Atmosphäre bis auf mindestens 3 Stunden ausgedehnt, so gelang es, Tiere zu retten und dauernd am Leben zu erhalten, denen bis zu 3,5% des Körpergewichts, also erheblich mehr als die sonst trotz Kochsalzinfusion sicher tödliche Blutmenge entzogen waren. Damit ist erwiesen, daß es bei Tieren durch einfachen Flüssigkeitsersatz des entzogenen Blutes, verbunden mit anhaltender Zufuhr reinen Sauerstoffs durch die Luftwege bei reichlicher Erwärmung möglich ist, den kritischen Zeitpunkt nach der Verblutung zu überwinden und das Leben solange hinzuhalten, bis die zur dauernden Rettung notwendige Blutregeneration stattgefunden hat. Besonders wirksam für diesen Zweck scheint das Atmen in einem unter erhöhtem Druck stehenden Sauerstoff zu sein, doch ist K. bei Versuchen in dieser Richtung die Überwindung der erheblichen technischen Schwierigkeiten noch nicht vollständig gelungen.

Das Rationellste ist natürlich die direkte Einführung des Sauerstoffs ins Blut; die Schwierigkeit besteht nur darin, sie gefahrlos zu gestalten. Die Einleitung des Gases in die Vene nach Gärtner erscheint beim Menschen bedenklich und kommt in dringlichen Fällen schon deswegen nicht in Betracht, weil zur Vermeidung von Embolien das Gas nur äußerst langsam eingeleitet werden darf. Wohl aber ist in Verblutungsfällen, wo Eile not tut, ein Vorteil von der Sauerstoffeinfuhr ins Blut dann zu erwarten, wenn sie mit

der Kochsalzinfusion kombiniert wird, also wenn man die **Infusionsflüssigkeit mit Sauerstoff sättigt.**

Um dies unter aseptischen Kautelen zu ermöglichen, hat K. einen Apparat in Irrigatorform anfertigen lassen, der auch gewöhnliche Infusionen aseptisch auszuführen gestattet[1]. Der Apparat (vgl. Figur) besteht aus einem mit wenig Metallteilen armierten, 1 Liter fassenden Zylinder aus Jenenser Glas; er ist leicht zu reinigen und kann zum Zweck schleunigster Sterilisierung in kochendes Wasser gelegt und beliebig lange gekocht werden, ohne zu springen. Temperatur und Wasserstand sind ohne weiteres abzulesen. Durch eine weite, verschließbare Trichteröffnung (*a*) wird der Apparat in einer halben Minute mit Kochsalzlösung gefüllt; mittels sterilisierten Schlauches läßt man dann durch den oberen Hahn (*b*) ganz langsam Sauerstoff aus der Bombe einströmen, bis durch den unteren Hahn (*c*) 100 ccm Flüssigkeit ausgeflossen sind, schließt die Hähne und schüttelt besonders in der Längsrichtung des Apparates **kräftig** durch. In $1^1/_2$ bis 2 Minuten ist die Flüssigkeit vollständig mit Sauerstoff gesättigt; sie wird mittels sterilisierten, am unteren Hahn (*c*) befestigten Schlauches bei mehr oder weniger hoch gehängtem Irrigator und geöffnetem Hahn (*b*) infundiert. Auf diese Weise gelingt es, in 1 Liter physiologischer Kochsalzlösung bei Körpertemperatur und Atmosphärendruck 20 ccm reinen Sauerstoffs ins Blut zu bringen. Ein Freiwerden des Gases im Kreislauf ist ausgeschlossen, da der Sauerstoff von der Flüssigkeit einfach absorbiert wird. Für die Verwendung kommt nur die intravenöse Infusion in Betracht, da bei subkutaner Einverleibung der Sauerstoff sofort von dem umgebenden Gewebe gebunden wird.



Von der Wirksamkeit der auf solche Weise eingebrachten O-Menge kann man sich jederzeit am überlebenden Herzen überzeugen: das von der Durchspülung mit gewöhnlicher Salzlösung ermüdete Organ wird sofort wieder tätig, sobald man O-gesättigte Lösung zuführt.

---

[1] Erhältlich bei E. Bühler in Tübingen.

Klinisch ist die Verwendung einer solchen insofern vielleicht von einiger Bedeutung, als sie Sauerstoff-Infusionstherapie in sich vereinigt. Diese Kombination kann bei der Behandlung von Bluterkrankungen von Nutzen sein, sie ist auch chirurgisch zu verwerten z. B. bei Blutungen und bei der Vorbereitung heruntergekommener Individuen für Laparotomien nach Kümmell'scher Vorschrift.

Auf Grund seiner Tierversuche empfiehlt K. nach schweren Blutverlusten beim Menschen anstatt der gewöhnlichen eine sauerstoffgesättigte Kochsalzlösung in die Vene einzuspritzen und bei reichlicher Erwärmung des Körpers die Wirkung dieser Infusion durch stundenlang fortgesetzte Einatmung von Sauerstoff zu unterstützen. (Selbstbericht.)

9) **G. Gaertner** (Wien). Über einen neuen Apparat zur optischen Pulskontrolle in der Narkose.

Ich habe in dieser Zeitschrift (Nr. 9, 1903) die Beweggründe angeführt, welche mich zur Konstruktion des »Pulskontrollers« veranlaßt haben. Sie seien hier nur mit einigen Worten rekapituliert.

1) Synkope ist die häufigste Ursache des Todes in der Chloroformnarkose.

2) Kontinuierliche Pulskontrolle wird allgemein gefordert.

3) In der Praxis wird sie aber nicht durchgeführt. Wenn der Narkotiseur selbst den Puls überwachen soll, dann tut er das nur ab und zu, stichprobenweise, weil das Pulsfühlen nicht gleichzeitig mit anderen Verrichtungen, die ihm obliegen, durchgeführt werden kann. Auch wenn ein eigener Pulswächter bestellt ist, wird der sub 2 gestellten Bedingung nicht entsprochen, weil das Tastgefühl immer viel zu früh erlahmt und das Urteil über die Qualitäten des Pulses unzuverlässig wird.

Mit Hilfe meines Apparates wird die Überwachung der Zirkulation dem nicht ermüdenden, bei allen Menschen zuverlässigen Gesichtssinn übertragen.

Der Pulskontroller besteht:

1) Aus einer rinnenförmig gehöhlten Grundplatte;

2) zwei Metallsäulen, die fast ihrer ganzen Länge nach mit einem Schraubengewinde versehen sind. Ihre unteren Enden sind in der Grundplatte befestigt;

3) einer elliptisch gebogenen, 15 mm breiten Spange, die mit einer 5 cm langen, 1 cm breiten, flachen Stahlfeder verbunden ist;

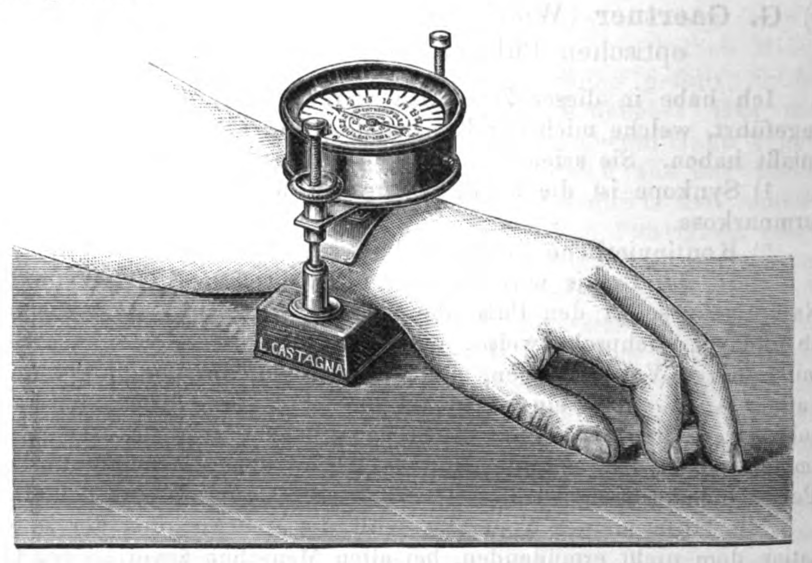
4) dem in einer Dose untergebrachten, eine ca. 600fache Vergrößerung vermittelnden Hebelmechanismus. Der Boden der Dose trägt zwei flügelförmige Metallplatten, an welche kurze Rohrstutzen gelötet sind. Die Rohrstutzen gleiten über die sub 2 beschriebenen Säulen.

An ihrer oberen Fläche trägt die Dose unter Glas ein Zifferblatt. Auf einer das Zentrum des Zifferblattes durchbohrenden Achse

sitzt ein Zeiger, dessen Ende die Bewegungen der elliptischen Spange und der mit ihr verbundenen Feder in ca. 600facher Vergrößerung wiedergibt.

Zwei Schraubenmuttern gestatten, den oberen Teil des Apparates (Büchse, Feder, Spange) gegen den unteren beliebig stark niederzupressen.

Der Apparat wird in der Regel am Vorderarm angelegt. Der Arm kann in pronierter oder in supinierter Stellung liegen. Man wählt die Lage, welche unter den gegebenen Umständen als die natürlichere, die weniger gezwungene erscheint. Er kann an jedem Querschnitt des Vorderarms zwischen Ellbogen und Handgelenk befestigt werden. Je nach der Dicke des Armes wählt man die richtige Stelle.



Die zu armierende Oberextremität wird gewöhnlich auf ein neben dem Operationsbett stehendes kleines Tischchen so gelagert, daß sie bequem mit der ganzen Fläche aufliegt, und daß die Blutzirkulation in derselben nicht gestört ist.

Nachdem der Arm in den Apparat (der sich wie ein Charnier öffnen läßt) eingebracht wurde, werden die beiden Schraubenmuttern niedergeschraubt und möglichst gleichmäßig angezogen. Man achtet dabei auf den Zeiger des Apparates. Sobald der Druck der Feder eine gewisse Größe erreicht hat, setzt sich der Zeiger in Bewegung und beginnt pulsatorische Schwingungen auszuführen.

Die Größe der Pulse am Apparat schwankt zwischen einem Viertelkreis und ganz kleinen Zitterbewegungen des Zeigers. Der Pulskontroller zeigt noch Pulse an, die man mit dem Tastgefühl nicht mehr wahrnehmen kann.

Die Größe des Ausschlages ist ein Maß für die Größe des Pulses.

An der Art der Zeigerbewegung sieht man auch deutlich, ob der Puls ein »celer« oder ein »tardus« ist. Jede Unregelmäßigkeit im Herzrhythmus macht sich bemerkbar.

Reflektorische Beeinflussung der Herzaktion, meist in dem Sinne einer Pulsbeschleunigung, wird durch alle Operationsakte, bei denen sensible Nerven gereizt werden (Hautschnitt, Gefäßunterbindungen usw.) ausgelöst, wenn die Narkose nicht sehr tief ist. Unter diesen Umständen sieht man überhaupt einen häufigen Wechsel in der Größe und in der Frequenz der Pulse, während bei tiefer Narkose der Zeiger seine meist sehr ausgiebigen Schwingungen mit großer Regelmäßigkeit ausführt.

Bei aufmerksamer Beobachtung des Apparates kann man das Nachlassen der Narkose an diesen Veränderungen zuerst erkennen.

Er läßt sich ausnahmslos in wenigen Sekunden in Funktion setzen und beansprucht nach Ablauf der ersten paar Minuten, während welcher kleine Korrekturen mit Hilfe der Schrauben notwendig sind, keine weitere Bedienung. Der Apparat wurde bis jetzt an vier Wiener Instituten in mehr als 200 Narkosen erprobt.

Eine ausführlichere Publikation erschien in der Münchener med. Wochenschrift 1903 Nr. 24. Die Herstellung des Apparates hat Herr L. Castagna, Mechaniker des physiol. Instituts in Wien, übernommen.

(Selbstbericht.)

---

10) **Braun** (Leipzig). Über Leitungsanästhesie.

Lösungen von Kokain und einigen seiner Ersatzmittel können durch perineurale oder endoneurale Injektion zur Leitungsunterbrechung peripherer Nervenstämme gebraucht werden. Die endoneurale Injektion (Matas, Crile, Cushing) bewirkt eine fast sofortige Leitungsunterbrechung, ist aber in der Regel nur möglich, wenn die Nervenstämme zuvor, was unter Infiltrationsanästhesie geschehen kann, freigelegt werden. Die Freilegung der großen Nervenstämme an der Wurzel der Extremitäten bedeutet allerdings eine nicht unerhebliche Komplikation der beabsichtigten Operation; Cushing's Vorgehen aber bei Leistenbruchoperationen (Freilegung und Anästhesierung des N. spermaticus externus und N. ileo-inguinalis) ist von prinzipieller Bedeutung und kann bei verschiedenen Operationen Verwendung finden; z. B. können ausgedehnte Varicenexzisionen am Unterschenkel nach Freilegung und Unterbrechung des N. saphenus major, Operationen an der Vorderseite des Halses nach Freilegung und Unterbrechung der Cervicalnerven am hinteren Rande des Sterno-cleido-mastoideus schmerzlos ausgeführt werden. Die perineurale Injektion von Kokainlösungen, welche nach Ablauf einer gewissen Zeit ebenfalls die Nervenstämme leitungsunfähig macht, wurde von Oberst und Krogius zur Anäthesierung der Finger gebraucht. Zur Anästhesierung der größeren Nervenstämme durch perineurale Injektion mußten bisher stark wirkende (konzentrierte) Lö-

sungen der örtlich anästhesierenden Mittel benutzt, oder ihre örtliche Wirkung mußte durch eine für die Kranken oft sehr schmerzhafte Abschnürung der Extremitäten gesteigert werden. B. hat kürzlich (Referat im Zentralblatt für Chirurgie 1903 No. 14) auf die Bedeutung des Adrenalins für die Lokalanästhesie hingewiesen. Ein Adrenalinzusatz zu Kokain- oder Eucainlösungen steigert deren örtliche Wirksamkeit so, daß sie eine sichere Leitungsunterbrechung einer Anzahl von Nervenstämmen ermöglichen, ohne daß an den Extremitäten eine Abschnürung oder Freilegung der Nervenstämme nötig wäre. Vortr. schildert nun an der Hand von Zeichnungen, die durch Versuche an gesunden Personen gewonnen wurden, das durch zahlreiche Operationen erprobte Vorgehen bei der Anästhesierung einzelner Nervenstämme. In Betracht kommen — außer Fingern und Zehen, Hand und Fuß — sämmtliche Nervenstämme im unteren Drittel des Vorderarmes und Unterschenkels, der N. ulnaris am Ellbogen, die langen, subkutan gelegenen Hautnerven in der Ellbogengegend, der N. peronaeus und tibialis in der Kniekehle, der N. saphenus major, die Nn. clunium superiores, die Nn. supraclaviculares. Am Hals kommen ferner in Betracht der N. cervicalis superficialis, N. auricularis magnus und die Nn. laryngei superiores, deren beiderseitige Anästhesierung eine ausgezeichnete, langdauernde totale Anästhesie des ganzen Kehlkopfes ergibt, endlich am Kopf der N. supra- und infraorbitalis und die langen Hautnerven des behaarten Kopfes, während die oft empfohlene Anästhesierung des N. inframaxillaris dem Vortr. sehr unsicher zu sein scheint. Bei gemischten Nerven werden nicht nur die sensiblen, sondern auch die motorischen Bahnen, an den Extremitäten oft auch die Vasomotoren gelähmt, so daß eine gewisse Hyperämie des anästhetischen Gebiets eintritt. Zur Ausführung des Verfahrens ist genaueste Kenntnis der Lage der Nervenstämme und ihrer Innervationsgebiete erforderlich.

Die Anästhesierung der großen subfascial gelegenen Nervenstämme hat Vortr. mit 1%iger Kokainlösung ausgeführt, der auf den Kubikzentimeter 1—2 Tropfen der käuflichen Adrenalinlösung von 1 : 1000 zugefügt sind. Mehr als 2—3 cg Kokain hat Vortr. nie gebraucht. Zur Anästhesierung der subkutan gelegenen Nervenstämme scheint ihm eine $^1/_2$%ige Eucainlösung mit Zusatz von 1—2 Tropfen der Adrenalinlösung zu 10 ccm am meisten geeignet. Mit derselben kann das Unterhautzellgewebe reichlich (20—30 ccm) infiltriert werden. Die Dosierung des Adrenalins wurde gegenüber der ersten Mitteilung des Vortr. eingeschränkt auf 5 Tropfen der Lösung von 1 : 1000 pro dosi, weil diese kleineren Mengen vollständig für den beabsichtigten Zweck ausreichten. Nebenwirkungen von seiten des Adrenalins hat Vortr. in ganz vereinzelten Fällen bei größeren Dosen (8—10 Tropfen) in Form eines sehr rasch vorübergehenden Herzklopfens beobachtet. Unzulässig ist die Injektion auch noch so kleiner Mengen der unverdünnten Adrenalinlösung. Bis zur Leitungsunterbrechung vergehen nach der Injektion manchmal

bis zu 30 Minuten. Nur der N. ulnaris am Ellbogen und der N. peronaeus in der Kniekehle erlauben häufig auch ohne vorherige Freilegung eine endoneurale Injektion mit sofortiger Leitungsunterbrechung. Wenn an den Extremitäten die Abschnürung nötig erscheint, so ist sie unmittelbar vor Beginn der Operation, nicht wie bisher unmittelbar vor oder nach der Injektion anzubringen. Die Dauer der Kokain- oder Eucain-Adrenalinanästhesie beträgt 2—5 Stunden.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Enderlen (Marburg) sah nach Injektion von 6 ccm 1%iger Kokainlösung und 6 Tropfen Adrenalin bei einer anämischen Person den Tod eintreten. An sich selbst vermißte er danach die anästhesierende Wirkung. **Jaffé** (Hamburg).

Perthes (Leipzig) hat im Gegensatz zu Enderlen bei zahlreichen praktischen Anwendungen der Adrenalin-Kokainanästhesie keine schädlichen Nebenwirkungen beobachtet. Die Anästhesie war nicht nur bei zahlreichen Operationen an Fingern und Zehen, sowie Zahnextraktionen, sondern auch in einem Falle von Sehnenplastik in der Hohlhand nach Leitungsunterbrechung des Ulnaris am Ellbogen und des Medianus oberhalb des Handgelenks eine vollkommene.

(Selbstbericht.)

---

11) **Kraske** (Freiburg i. B.) Über Beckenhochlagerung und ihre Gefahren.

Die Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung, deren große Vorzüge auch vom Vortr. geschätzt und anerkannt werden, bringt unter Umständen Gefahren mit sich. In zwei Fällen, in denen wegen eines großen Blasensteins und wegen multipler Papillome der Blase der hohe Blasenschnitt in Beckenhochlagerung ausgeführt werden mußte, sah K. unmittelbar nach der Operation eine Steigerung der schon vorher bestehenden, auf myokarditischen Veränderungen beruhenden Störungen der Herztätigkeit, die beide Male zum Tode führte. Chloroform war bei keinem der beiden Kranken angewendet worden, der Blutverlust bei der Operation in beiden Fällen minimal. K. glaubt annehmen zu müssen, daß hier die Beckenhochlagerung und der hohe hydrostatische Druck, unter den das Herz durch die Erhebung der unteren Körperhälfte und die rasche Zufuhr des Blutes aus dem Gebiete der Vena cava inferior kam, zu einer akuten, irreparablen Dilatation der degenerierten und widerstandsunfähigen Herzwandungen geführt hat. — Weiter teilt K. zwei Fälle mit, in denen unmittelbar nach dem in Beckenhochlagerung ausgeführten hohen Steinschnitt Darmverschluß beobachtet wurde. In dem einen Falle, der einen sehr korpulenten 63jährigen Herrn betraf, löste sich nach vier Tagen, ehe die ernstlich in Erwägung gezogene Laparotomie gemacht wurde, der Ver-

schluß plötzlich spontan, und der Kranke wurde gesund; wahrscheinlich hatte es sich um einen Volvulus an der Flexur gehandelt. Bei dem anderen Kranken, einem ebenfalls fettleibigen 58jährigen Manne, aber wurden die Erscheinungen der Okklusion zusehends stärker, es trat auch Blutbrechen auf, und am fünften Tage wurde die Laparotomie gemacht. Dabei zeigte sich das Querkolon um seine Längsachse gedreht durch das vor dem Kolon in den subhepatischen Raum gesunkene und hier zusammengeballte und festgehaltene Netz. Durch das Hervorziehen und Entfalten des Netzes wurde das Querkolon retorquiert und für den im Colon adscendens gestauten Darminhalt sofort durchgängig. Der Kranke starb trotzdem bald nach der Operation. Bei der Sektion zeigten sich im Magen zahlreiche Hämorrhagien und Erosionen, die als die Quelle der intra vitam beobachteten Magenblutungen angesehen werden mußten. K. hält es für zweifellos, daß diese Hämorrhagien die Folge des durch den verlagerten Netzklumpen auf die Pfortader ausgeübten Druckes und der dadurch hervorgerufenen Stauung im Gebiete der V. gastrica waren, und wirft die Frage auf, ob nicht in einem Teil der Fälle von Magenblutungen nach Bauchoperationen, über die namentlich von v. Eiselsberg berichtet worden ist, die Hämatemesis auf die Stauung in den Magenvenen zu beziehen ist, die durch den Druck der Baucheingeweide auf die Pfortader bei Beckenhochlagerung doch sicherlich herbeigeführt werden muß.

K. ist nach seinen Erfahrungen der Ansicht, daß die Beckenhochlagerung bei schweren Erkrankungen des Herzens und namentlich des Herzfleisches nicht angewendet werden sollte. Auch bei Operationen an korpulenten Menschen, bei denen ein starker Fettreichtum des Netzes, des Mesenteriums und der Appendices epiploicae angenommen werden muß, soll die Beckenhochlagerung mit großer Vorsicht, und jedenfalls keinen Augenblick länger angewendet werden, als es der Zweck unbedingt erfordert. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Trendelenburg (Leipzig) bezweifelt die Richtigkeit der Erklärung Kraske's für seinen Fall, daß Herzlähmung die Ursache gewesen. Ileus hat T. nach Beckenhochlagerung nie gesehen, hält dies aber für möglich. Bei Fettleibigen ist die Lagerung von keinem großen Wert. Magenblutungen können event. von Beckenhochlagerung herrühren, wie T. kürzlich auch nach Laparotomie beobachtete. Von Embolien, wie v. Eiselsberg meinte, kommen sie sicher nicht vor. Fettleibige soll man lieber überhaupt nicht in Beckenhochlagerung operieren. T. empfiehlt einen Operationstisch, der rasch aus der hohen in die horizontale Lage gebracht werden kann und warnt vor zu langem Gebrauch der Beckenhochlage.

v. Eiselsberg (Wien) sah 4 Tage nach der Operation eines Fettleibigen in Beckenhochlagerung Apoplexie auftreten. Auch er

bringt die Operierten möglichst rasch wieder in horizontale Lage. Von seinen Operierten, die Magenblutungen bekamen, war nur einer in Hochlagerung operiert.

König (Berlin) betont, daß bei Abszessen im Bauch (Paratyphlitis usw.) man immer in der Lage sein müsse, die Kranken rasch aus der hohen in die horizontale Lage zu bringen, da sonst Gefahr bestände, daß der Abszeßeiter in die freie Bauchhöhle fließe. Ein Abszeß sei eigentlich eine Kontraindikation gegen Beckenhochlagerung; jedenfalls eröffnet K. dieselbe niemals in derselben.

Lauenstein (Hamburg) benutzt einen Operationstisch, der Trendelenburg's Forderungen erfüllt. L. narkotisiert in horizontaler, operiert in hoher und beendet die Operation in horizontaler Lage. Das Netz entfaltet er stets in horizontaler Lage vor Schluß der Bauchhöhle. Peroneuslähmungen sah L. nie, wohl daher, weil er eine besondere Schulterstütze benutzt. Nach Exstirpation eines Myoms sah L. Ileus des S romanum mit tödlichem Ausgang, glaubt aber nicht infolge der Beckenhochlagerung; solche Ausgänge kommen auch bei horizontaler Lage vor.

Trendelenburg (Leipzig) fürchtet bei Beckenhochlagerung nur Erbrechen bei vollem Magen, wodurch eine Schluckpneumonie entstehen kann. Bei Brechbewegungen solle man daher sofort erhöhte Lage des Kopfes vornehmen lassen.

Heidenhain (Worms) sah nach Totalexstirpation des Uterus (Karzinom) in Beckenhochlagerung einen Dünndarmileus auftreten. Er legt den Kopf nie ganz tief, sondern auf einem verstellbaren Brett fast horizontal, wodurch Stauungen vermieden werden.

Rotter (Berlin) stimmt Heidenhain zu. Auch er sah einmal Apoplexie nach Beckenhochlagerung und lagert seitdem den Kopf höher. Einen Fall von Duodenalblutung nach Mastdarmoperation sah R. übrigens auch ohne Beckenhochlagerung vorkommen.

Jaffé (Hamburg).

Goepel (Leipzig) empfiehlt einen Operationstisch, welcher nicht bloß gestattet, die verschiedenen Operationslagen bequem herbeizuführen, sondern es auch ermöglicht, während der Operation, ohne Gefährdung der Asepsis, den Kranken aus einer Operationslage in die andere überzuführen. So ist die Verwendung der steilen Beckenhochlage nur gefahrlos, wenn sie auf bestimmte Zeitabschnitte der Operation beschränkt wird und deshalb leicht wieder in Planlage übergeführt werden kann. Ein brauchbarer Operationstisch muß ferner gestatten, den Kranken aus Planlage oder Beckenhochlage in Steinschnittlage überzuführen, um eine auf abdominalem Wege begonnene Operation in Steinschnittlage vollenden zu können und umgekehrt, ein Verfahren, welches für Beckenoperationen, speziell der malignen Geschwülste des Uterus und Rektums, immer mehr an Verbreitung gewinnt. Dieses Erfordernis ist erreicht durch eine

Vorrichtung, welche es ermöglicht, gleichzeitig durch eine einfache Kurbeldrehung die beiden Beinhalter mit den unteren Extremitäten zu heben und zu senken, ohne den Kranken selbst berühren zu müssen. Vortr. verweist auf den ausgestellten, von Wilhelm Chemnitz, Leipzig, verfertigten Operationstisch. (Selbstbericht.)

Kümmell (Hamburg) sah niemals Nachteile von der Beckenhochlagerung. Auf die Lage kommt es dabei wohl weniger an; K. legt seine Kranken ganz schräg und steil. Daß Ileus infolge der Lage entstehen soll, glaubt K. nicht. Derselbe entsteht auch ohne dieselbe nach vielen Laparotomien.

Dührssen (Berlin) sah ebenfalls letale Apoplexie bei einer Fettleibigen, die man daher besser nicht in Beckenhochlagerung operiert.

Sprengel (Braunschweig) will auch bei Abszessen die Beckenhochlagerung nicht missen. Vor Ileus u. ä. könne man sich durch prophylaktische Magenausspülungen schützen. Jaffé (Hamburg).

---

12) Höpfner (Berlin). Gefäßtransplantation und Replantation amputierter Extremitäten.

Vortr. beobachtete bei Gelegenheit einer Nachprüfung der Payrschen zirkulären Gefäßnahtversuche mittels Magnesiumprothesen, daß er, entgegen der Ansicht verschiedener Autoren, ohne Schaden weite Strecken der Arterien von dem lockeren adventitiellen Gewebe entblößen konnte.

Um die Frage zu entscheiden, ob es möglich sei, vollständig aus dem Körper entnommene Gefäßstücke unter Erhaltung ihrer Funktion wieder zur Einheilung zu bringen, stellte er drei Versuchsreihen an.

1) Entnahme von Arterienstücken, die in dasselbe Gefäß in umgekehrter Richtung wieder eingepflanzt wurden resp. in den Gefäßdefekt einer anderen Arterie desselben oder eines zweiten Tieres eingefügt wurden.

2) Ersatz eines Arteriendefekts durch Venen desselben Tieres.

3) Ersatz von Arteriendefekten durch Schlagadern von Tieren anderer Spezies.

Die Wiedereinfügung der entnommenen Gefäßstücke geschah nach der vom Vortr. durch Angabe mehrerer Instrumente handlicher gemachten Payr'schen Methode (Instrumente und Methode werden demonstriert).

Die Erfolge in der ersten Versuchsreihe waren tadellose. Nach 39—91 Tagen pulsierten die Implantationen sowohl beim Austausch von Arterien an demselben wie bei verschiedenen Hunden vorzüglich. Die Wand von den transplantierten Stücken war zwar stark verdickt, jedoch war das Lumen von normaler Weite, die Intima

überall glatt, die Stufen an den Vereinigungsstellen weit ausgeglichen und nirgends Thromben oder ihre Organisationsprodukte vorhanden. (Demonstration von Präparaten.)

Demgegenüber stehen negative Erfolge in der zweiten und dritten Versuchsreihe.

Trotz mannigfaltiger Modifikationen bei der Versuchsanordnung gelang es nicht, länger als höchstens 8—10 Tage die Zirkulation in der Implantation zu erhalten.

Noch schneller fand die Thrombose bei Gefäßüberpflanzung von einer Tierspezies auf die andere statt. Hier war auch die rasche Resorption des Implantierten auffällig.

Der zweite Teil des Vortrags beschäftigte sich mit einer Anzahl von Experimenten, die, ausgehend von der Möglichkeit einer zirkulären Gefäßvereinigung, in der Wiederanpflanzung amputierter Extremitäten bestanden. Ausgehend von der Erwägung, daß bei allen bisher ausgeführten Transplantationen nur dann eine Anheilung eintrat, wenn das betreffende Gewebsstück bis zur eintretenden Vaskularisation durch plasmatische Zirkulation ernährt würde, und daß die Vaskularisation das primäre Erhaltende, die Innervation das Sekundäre sei, machte Vortr. Versuche mit der Wiedervereinigung größerer Körperteile.

In der Meinung, daß die bei Unterbrechung der Innervation schnell entartenden parenchymatösen Organe sich für diese Versuche nicht eigneten, wählte er ein Hinterbein vom Hunde. Dasselbe wurde amputiert und darauf Knochen, Muskel, Hauptgefäße, Hauptnerven und Haut wieder vereinigt.

Im ersten Versuch trat im Laufe der ersten 24 Stunden Thrombose der Gefäße mit folgender Gangrän des Beines und Phlegmone des Stumpfes ein.

Im zweiten Falle gelang es, elf Tage lang das Bein zu erhalten. Als der Hund am elften Tage des leichteren Gipsverbandwechsels wegen chloroformiert wurde, ging er in der Narkose ein. Die Obduktion ergab eine primäre Verheilung der Hautwunde zu $^2/_3$ des Beinumfanges. An der inneren Seite war die Haut klaffend auseinandergewichen, jedoch war der Grund dieser Wunde sowohl am amputierten Bein wie am Stumpf von frischroten Granulationen gebildet. Muskeln und Gefäße waren bereits fest vereinigt, nur der relativ weit vom Periost entblößte Knochen zeigte wenig Neigung zur Gewebsbildung.

In einem weiteren Falle trat am fünften Tage eine Phlegmone auf, der am sechsten Thrombose der Gefäße folgte.

Brachten diese Versuche auch nicht einen so vollständigen Erfolg wie wünschenswert wäre, so sei doch aus ihnen zu erkennen, daß eine Wiederanheilung der abgesetzten Extremität möglich sei.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Payr (Graz) spricht seine Befriedigung aus, daß sich seine Methode der Gefäßnaht in den vorgetragenen Fällen so gut bewährt habe. Verbesserungen der Technik, wie sie Vortr. erwähnte, könne er nur begrüßen. Er habe nicht geglaubt, daß es gelingen würde, Gefäßtransplantationen auszuführen.

Auch er glaubt an die Möglichkeit einer Wiederanheilung größerer Körperteile auf dem Wege der Gefäßnaht, jedoch kann er sich nicht der Meinung von Ullmann (Wien) anschließen, daß eine Niere durch die Niere eines anderen Tieres nach Gefäßvereinigung ersetzt werden könne. Höpfner (Berlin).

Payr (Graz) hat einmal ein 5 cm langes Stück der Vena femoralis reseziert und die Enden vernäht. Es trat Heilung ein, die anatomisch festgestellt werden konnte, da Pat. an einem (Karzinom-) Rezidiv zugrunde ging. Jaffé (Hamburg).

---

13) **Perthes** (Leipzig). Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf epitheliale Gewebe, insbesondere auf das Karzinom.

P. hat das Verschwinden der gewöhnlichen Warzen unter dem Einflusse der Röntgenstrahlen beobachtet. Bei passend gewählter Strahlungsintensität bemerkt man etwa 10 Tage nach der Bestrahlung Abflachung und Verhärtung der Warze. 20 bis 25 Tage nach der Bestrahlung stößt sich eine verhornte Schuppe ab; die darunter gelegene Epidermis nimmt rasch normale Beschaffenheit an. Die an exzidierten Warzen etwa 10 Tage nach Bestrahlung wahrnehmbaren mikroskopischen Veränderungen entsprechen den Veränderungen normaler Haut nach Bestrahlung und betreffen ganz vorwiegend das Epithel.

Bei drei Fällen von Hautkarzinomen des Gesichts beobachtete P. nach Bestrahlung die Verwandlung des Ulcus rodens in eine granulierende Fläche und Vernarbung. Ein Fall von ausgedehntem nach Operation rezidiviertem Hautkarzinom ist geheilt, bei den beiden anderen noch behandelten wurde das Verschwinden des karzinösen Gewebes durch mikroskopische Untersuchung von Probeexzisionen in verschiedenen Stadien nachgewiesen. In sechs Fällen von Mammakarzinom mit Hautmetastasen wurde nach Bestrahlung rasche Verkleinerung und völliger Schwund der subkutanen metastastischen Knötchen beobachtet bei nur geringen Reaktionserscheinungen an der Haut selbst. Mikroskopisch erscheinen vom 10. Tage nach der Bestrahlung die Epithelzellen des Krebskörpers wie aufgequollen, ihre Kerne färben sich weniger distinkt. Die Zahl der Epithelzellen der Krebszapfen verringert sich, Bindegewebszellen und Leukocyten dringen in die Krebszapfen zwischen den degenerierten Epithelzellen ein. — An den in der Mamma selbst gelegenen Krebsgeschwülsten wurde zwar keine Heilung, wohl aber klinisch Verkleinerung der

Geschwülste und mikroskopisch Schwund des Karzinomgewebes beobachtet.

Ähnlich wie auf das Wachstum epithelialer Geschwülste wirken Röntgenstrahlen hemmend auf die Epithelregeneration. Die Epithelialisierung von Hautwunden erfolgte bei Wunden des Menschen und des Kaninchens in bestrahlten Gebieten bedeutend langsamer als in nicht bestrahlten — auch bei Verwendung geringer Strahlungsintensität, welche in der Haut nur geringe Rötung als Reaktion hervorrief.

Die Bestrahlungen wurden meistens in einer oder wenigen Sitzungen rasch hintereinander ausgeführt und dann der nach Ablauf des Latenzstadiums von 7 bis 14 Tagen auftretende Effekt abgewartet. Die Gesamtdauer der Bestrahlungen in dem einzelnen Falle betrug 30 bis 60 Minuten bei 10 cm Röhrenabstand, 2 Ampère Stromstärke, 50 cm Funkeninduktor, 1300 Unterbrechungen. Auch wurde zur Dosierung das Holzknecht'sche Chronoradiometer verwandt. Die Wirkung der Röntgenstrahlen entspricht der absorbierten Strahlenmenge. Die leicht absorbierbaren Strahlen weicher Röhren haben daher eine stärkere Wirkung an der Oberfläche, die Wirkung der von harten Röhren ausgesandten Strahlen von größerer Durchdringungsfähigkeit ist gleichmäßiger über die verschiedenen Schichten verteilt und dringt in größere Tiefe. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Lassar (Berlin) empfiehlt Bestrahlung mit mittelweichen Röhren, sehr vorsichtig angewendet, gegen die Dermatitis der Ärzte, besonders auch gegen das hartnäckige Handekzem. — L. demonstriert ferner einen mit Röntgenstrahlen geheilten Fall von Cancroid der Gesichtshaut.

Petersen (Heidelberg) betont, daß weder anatomisch noch klinisch ein Unterschied zwischen Ulcus rodens und Karzinom bestehe.

Kümmell (Hamburg) berichtet im Gegensatz zu Lassar über einen Fall, wo ein Karzinom durch langdauernden Einfluß von Röntgenstrahlen entstand. Er betraf einen Arbeiter, der in einer Glasbläserei beschäftigt war und viel mit Röntgenstrahlen zu tun hatte. Es entstand zuerst ein Geschwür der Hand, das später krebsigen Charakter annahm und zur Exartikulation der Schulter führte.

Jaffé (Hamburg).

---

14) **Eckstein** (Berlin). Weitere Erfahrungen über Hartparaffinprothesen, speziell bei Hernien.

Die guten Erwartungen, die Vortr. an das Hartparaffin als subkutane Prothese an Stelle des Gersuny'schen Vaselins knüpfte, haben sich in den zwei seit der ersten Anwendung verflossenen Jahren vollauf bestätigt. Das schnelle Erstarren, der Mangel jeder

Resorption, die gute Formierbarkeit, das sichere Verbleiben am Orte der Injektion, die völlige Reizlosigkeit machen es dem Vaselin überlegen. Vortr. referiert kurz mehr als 100 Fälle, die er teilweise an Pat., teilweise mit Hilfe von Photographien und Abgüssen erläutert. Außer den bisher schon bekannten, von Gersuny selbst inaugurierten Anwendungen weist Vortr. vor allem auf die Erfolge bei Ausfüllung von Knochendefekten hin, bei denen die narbig adhärente Haut vorher subkutan völlig abgelöst werden muß, so z. B. bei ausgeheilten Stirnhöhlenempyemen, retroaurikulären Fisteln, gummösen Prozessen usw. Ferner hat Vortr. die von Gersuny selbst zuerst, wenn auch mit geringem Erfolge, vorgenommenen Injektionen bei Hernien versucht. Es ergaben sich hierbei folgende Resultate: Die »subkutane Pelotte« kann völlige Heilung erzielen bei Nabelbrüchen und bei direkten Leistenbrüchen, sowie bei Bruchanlagen. Bei ausgebildeten indirekten Inguinalhernien liegen die Verhältnisse weniger günstig, weil hier die Hernie nicht wie bei den ersteren senkrecht auf die Pelotte aufprallt und zurückgeworfen wird, sondern sich tangential an ihr vorbeischiebt. Immerhin hat Vortr. auch hier eine Reihe von wirklichen Heilungen bei kleinen Brüchen zu verzeichnen; in den meisten Fällen dagegen stellt die Paraffinpelotte nur eine allerdings sehr wirksame Palliativbehandlung dar, die häufig das Tragen eines Bruchbandes entbehrlich macht, jedenfalls aber die Wirkung desselben derartig unterstützt, daß z. B. Hernien, die mit dem Bruchband nicht oder nur unter großen Beschwerden zurückgehalten werden konnten, jetzt viel leichter und sicherer reponiert bleiben. Es scheint also die Bildung der Subkutanpelotte auch bei größeren Hernien gerechtfertigt, falls die Radikaloperation nicht angezeigt ist oder abgelehnt wird.

Bei zarten Säuglingen empfiehlt es sich, mit dem Schmelzpunkt des Paraffins von ca. 58° auf 50° herunterzugehen und stets Äthylchloridspray anzuwenden, um eine Hitzewirkung auszuschalten. Die Pelotte muß gut abgerundet sein, weil sonst, wie in einem Falle des Vortr., Einklemmungserscheinungen zustande kommen können.

Ernste Nachteile, speziell Lungenembolien, sind bei Hartparaffin niemals beobachtet. Die vom Vortr. angegebene Technik hat sich bei aller ihrer Einfachheit in weit über 500 Einzelinjektionen durchaus bewährt. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Gersuny (Wien) meint, daß die Paraffininjektion bei Hernien zum Verschluß des Bruchringes auf die Fälle beschränkt werden solle, in welchen die Radikaloperation nicht ausführbar ist. Besonders glaubt er nicht, daß die Injektion von Hartparaffin bei den Nabelbrüchen der Kinder viel leiste. Die Ausführung der Methode der Hartparaffininjektion erfordert nach ihm eine größere Technik als die Injektion mit Weichparaffin. Die Gefahren der Embolie lassen sich bei der Anwendung des Weichparaffins vermeiden.

Eckstein (Berlin) bestreitet die Schwierigkeit der Injektion von Hartparaffin, wenn sie nach der von ihm angegebenenen Methode ausgeführt wird.

Herhold (Altona).

---

15) **Karg** (Zwickau i. S.). Totale Skalpierung, geheilt durch Thiersch'sche Hautverpflanzung.

Der Vortr. stellt ein jetzt 19jähriges Mädchen vor, dem am 9. September 1899 die gesamte Kopfhaut dadurch abgerissen worden war, daß die Verletzte an den offen getragenen Haaren von einer Transmission erfaßt und herumgeschleudert wurde. Die Abreißuugslinie verlief an der Stirn unterhalb der Augenbrauen, so daß die Augenlider ihrer Halter beraubt waren und auf die Augäpfel herabhingen. Der Tränensack war auf der rechten Seite zerrissen, Tränen- und Nasenbeine entblößt. Von den Augen an umkreiste die Abreißung den Kopf in der Höhe der Schläfe. Die linke Ohrmuschel war bis auf einen Rest des Ohrläppchens mit abgerissen. Risse erstreckten sich in den Gehörgang, auch das Trommelfell war zerrissen. Am Hinterhaupt verlief die Abreißungslinie etwas unterhalb der Tuberositas ossis occipitis. Hier war ein kleiner Rest Haare stehen geblieben.

Durch sechs ausgedehnte Transplantationen, die nach der Methode von Thiersch, und zwar direkt auf die Granulationen vorgenommen wurden, gelang es, der Pat. eine neue, wenn auch etwas verdünnte und haarlose Kopfhaut wieder zu bilden. Die herabhängenden Augenlider sind durch die transplantierte Haut an normaler Stelle befestigt. Ihre Beweglichkeit ist in keiner Weise beeinträchtigt. Das Mädchen trägt eine Perücke. Ihr Gesundheitszustand ist günstig. Die verpflanzte Haut ist fest, auf der Unterlage verschieblich, nirgends wund. Das Tastgefühl ist in derselben beeinträchtigt geblieben.

(Selbstbericht.)

---

16) **A. Stolz** (Straßburg). Über Echinokokken der Schädelknochen.

Bis jetzt sind nur vier Fälle von Echinokokken der Schädelknochen bekannt geworden. Dreimal hatte der Parasit seinen Sitz in den Hirnhöhlen, einmal an der Schädelbasis. Diesen Beobachtungen fügte S. eine weitere hinzu, einen Fall von Echinokokken hydatidosus der Knochen des Schädeldaches, welcher die Dura in weiter Ausdehnung vom Knochen abgelöst und nach unten gedrängt und die Schädelknochen selbst an mehrfachen Stellen durchbrochen hatte. Die größte, auf dem Scheitel befindliche Knochenlücke war 16 cm lang und bis 5 cm breit. Der Fall war ausgezeichnet durch seinen außerordentlich langsamen Verlauf. Im 11. Lebensjahre des Pat. traten die ersten Symptome auf — Hirndruckerscheinungen, Erblindung durch Sehnervenatrophie und abnormes Wachstum des Schädels. 14 Jahre später stellten sich Anfälle von epileptischen

Krämpfen ein. Nach weiteren 10 Jahren bildeten sich auf dem Schädel distinkte Tumoren und erst im 38. Lebensjahre des Pat., also 27 Jahre nach Beginn der Erkrankung, trat im Anschluß an ein unbedeutendes Trauma Vereiterung der Cysten ein, welche einen operativen Eingriff notwendig machte. Nach weiter Spaltung wurden die Cysten inner- und außerhalb des Schädels entleert und die große Höhle austamponiert. Nach anfänglich günstigem Verlaufe traten unter Fiebererscheinungen sich häufende epileptische Anfälle auf, und der Kranke starb gegen Ende der dritten Woche nach der Operation. Bei der Autopsie fand sich im Gehirn ein hochgradiger Hydrocephalus internus und eine nicht parasitäre Cyste im rechten Hirnlappen.

Die Gestalt des Kopfes vor der Operation und die Defekte der Schädelkalotte wurden durch Abbildungen demonstriert.

(Selbstbericht.)

---

17) **Wilms** (Leipzig). Hyperalgetische Zonen bei Kopfschüssen. Mit Demonstration von Photographien.

Bei vier Fällen von Kopfschüssen fanden sich am Hals und Hinterkopf stark schmerzhafte Gebiete, die nach ihrer Ausbreitung nicht peripheren Nervengebieten, sondern nur Zonen entsprechen konnten, wie sie von den Cervicalsegmenten versorgt werden. Die obere Grenze bei allen diesbezüglichen Beobachtungen stimmt mit der unteren Grenzlinie der vom dritten Trigeminusast versorgten Gebiete überein.

Die Erklärung für eine Reizung der sensiblen Nerven oder Nervenzentren ist bei zentralen intrakraniellen Läsionen schwierig.

Eine Aufklärung kann nur meiner Meinung nach durch die Auffassung der hyperalgetischen Zonen als Head'sche Zonen gegeben worden. Dafür, daß die Schmerzgebiete den Head'schen Zonen entsprechen, kann verwertet werden ihre Symmetrie auf beiden Körperseiten, noch mehr aber die Tatsache, daß nur das Schmerzgefühl, nicht der Tastsinn, Temperatursinn usw. alteriert ist.

Wenn es sich wirklich um Head'sche Zonen handelt, so ist das Zustandekommen der bei Head'schen Affektionen ja bekannten Sympathicusreizung meiner Meinung nach nur so zu deuten, daß die intrakraniell gelegenen Sympathicusbahnen, deren Hauptteil um den Sinus cavernosus und die Carotis sich gruppiert, getroffen sein muß und nun durch die Anastomosen, welche dieses Sympathicusgebiet mit dem II., III., IV. Cervicalsegment nach Passieren des obersten Halsganglions hat, der Reiz auf diese Cervicalsegmente fortgeleitet wird. Hier wirkt er auf Centra sensibler Nerven, und durch Projektion auf die Haut empfindet der Pat. in den zu den Cervicalsegmenten gehörigen Hautzonen die Schmerzen.

Dafür daß diese Erklärung wohl die richtige ist, spricht, daß in einem Falle, der ad exitum kam, die Kugel am Sinus caver-

nosus saß. Bei zwei anderen Fällen fand sich die Kugel im unteren rechten Stirnlappen. Eine Läsion des Sympathicus ist hier unmöglich, wenn die Kugel, wie ich glaube, nach Anschlagen an den seitlichen Keilbeinkörper nach dem Stirnlappen zurückgeflogen ist.

Bei den geheilten Fällen war nach 8—10 Tagen die Schmerzempfindung vollständig, ohne Störungen zu hinterlassen, verschwunden.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Brodnitz (Frankfurt) sah eine halbseitige Hyperalgesie nach einem Stirnschuß. Die Kugel ging durch den Sinus frontalis, dessen hintere Wand zerschmettert war. Die Hyperalgesie war nach 8 Tagen beseitigt.

Jaffé (Hamburg).

Dollinger (Budapest) fragt, ob an den Pat. nach der Verletzung Oculomotorius-, Trochlearis- oder Abducenslähmungen konstatiert worden? D. beobachtete bei Gelegenheit der subduralen Entfernung des Ganglion Gasseri, daß oft schon ein geringer Druck auf den Sinus cavernosus einige Wochen lang bestehende Lähmung in den genannten Nervengebieten zur Folge hat. Der sympathische Plexus caroticus internus, der in diesen Fällen durch den Anprall des Geschosses verletzt sein soll, liegt in dem Sinus cavernosus. Der Anprall des Geschosses an den Sinus cavernosus müßte folglich mit größter Wahrscheinlichkeit auch eine Lähmung der genannten Nerven zur Folge haben.

(Selbstbericht.)

Müller (Berlin) hat bereits im vorigen Jahre auf die Headschen Zonen aufmerksam gemacht. Sie sind häufiger, als man glaubt. M. beobachtete die Erscheinung an sich selbst beim Herausnehmen von Nähten nach Aufmeißelung des Schläfenbeins wegen Mittelohreiterung. Das Phänomen ist nicht mit Wundschmerz zu verwechseln.

Jaffé (Hamburg).

---

18) **Bunge** (Königsberg). Über die Bedeutung traumatischer Schädeldefekte und deren Deckung.

Vortr. berichtet über die Resultate der Nachuntersuchung von 22 während der letzten 7 Jahre zur Behandlung gekommenen Fällen von Schädelverletzungen. Diese Nachuntersuchung erschien notwendig mit Rücksicht auf die Mitteilungen von Kocher und Berezowski. Nach Mitteilung dieser Autoren sollen offene Schädeldefekte den Trägern derselben keinen Schaden bringen, während der Verschluß der Defekte, besonders dann, wenn beim Debridement intrakranielle Drucksteigerung festgestellt wurde, unzweckmäßig sein soll, da diesen Pat. die Gefahr der traumatischen Epilepsie drohen soll.

An der Königsberger Klinik sind bei einwandsfreien Wundverhältnissen Schädeldefekte auch dann stets primär gedeckt worden, wenn intrakranielle Drucksteigerung vorhanden war.

Zur Nachuntersuchung kamen:

13 offene Schädeldefekte,
5 primär gedeckte Fälle,
3 sekundär gedeckte Fälle,
1 sekundär spontan verknöcherter Defekt.

Von den offenen Schädeldefekten hatten 4 traumatische Epilepsie, 3 erst kurze Zeit (bis 1½ Jahr) nach der Verletzung befindliche Kranke waren völlig frei von Beschwerden. Die übrigen 6 zeigten alle ausgesprochene Beschwerden in Form von Flimmern vor den Augen, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Ohnmachtsanfällen. Sitz und Größe des Defektes war ebensowenig ausschlaggebend für die Beschwerden, wie eventuell überstandene Gehirnverletzung. Die Beschwerden waren am stärksten bei Vermehrung des intrakraniellen Druckes bezw. Behinderung des Blutabflusses aus dem Schädel (Husten, Pressen, Senken des Kopfes usw.).

Im Gegensatz zu den Kranken mit offenen Schädeldefekten zeigten die Pat., bei denen primär beim Debridement der Verschluß der Schädellücke durch Replantation der entfernten Splitter vorgenommen war, nicht die geringsten Beschwerden. Die Erwachsenen waren arbeitsfähig, die Kinder hatten sich normal weiter entwickelt. Bei 3 von den 5 Kranken war beim Debridement intrakranielle Drucksteigerung vorhanden. Sie wurden trotzdem primär gedeckt und sind beschwerdefrei.

Gleiches Verhalten zeigte der Kranke mit sekundärer spontaner Verknöcherung des Defektbodens.

Bei den sekundär gedeckten Fällen sind 2, die vor Auftreten von Beschwerden, die auf den offenen Defekt zurückzuführen gewesen wären, gedeckt wurden, vollständig beschwerdefrei. Beim dritten Falle handelte es sich um eine Verletzung, die wahrscheinlich in einem epileptischen Anfalle erworben war. Hier hat die Deckung des Defektes natürlich keinen Einfluß auf den weiteren Verlauf der Epilepsie gehabt.

Bei 3 Knaben mit offenen Defekten und traumatischer Epilepsie wurde die Deckung des Defektes ausgeführt. Bei 2 Fällen mit gleichzeitiger Hirnverletzung hatte die Deckung keinen Erfolg. Im 3. Falle (13jähriger Knabe mit großem Defekt über dem Sehzentrum, Hemianopsie und zentralem Skotom auf dem rechten Auge, traumatischer Epilepsie, Defekt in früher Jugend erworben) sind die epileptischen Anfälle seit der Deckung ausgeblieben, die Hemianopsie ist fast vollständig verschwunden.

Die Technik der Deckung bestand bei den primär gedeckten Fällen in der Replantation der entfernten Vitreasplitter. Bei aseptischem Wundverlauf heilten die Splitter reaktionslos knöchern ein. Der größte so gedeckte Defekt war etwa handtellergroß. Wurden die ausgekochten Splitter erst nach mehreren Tagen in die bereits granulierende Wunde implantiert, so wurden sie ausnahmslos resorbiert. Ebenso wurden sie bei offener Wundbehandlung teilweise re-

sorbiert oder partiell sequestriert. Auch eine nach ca. 4 Wochen in einen offenen Defekt eingelegte halbierte Phalanx wurde resorbiert, nachdem sie zunächst reaktionslos eingeheilt war.

Einmal wurde ein ausgekochtes Knochenstück von einem Leichenschädel exakt in die Diploë eingefalzt. Es heilte ein und blieb ererhalten.

Die typische Methode der sekundären Deckung war die Einpflanzung eines modifizierten Müller-König'schen Schädellappens. Es wurde nur ein Periost-Knochenlappen gebildet, der subaponeurotisch verschoben wurde. Diese Methode, die technische und kosmetische Vorzüge besitzt, hat sich aufs beste bewährt.

(Selbstbericht.)

---

19) **F. Krause** (Berlin). Zur chirurgischen Behandlung der nicht traumatischen Jackson'schen Epilepsie.

Die traumatisch entstandenen Formen der Epilepsie sind seit langer Zeit Gegenstand operativen Vorgehens; bei der nicht traumatischen Epilepsie müssen wir die chirurgische Therapie ausschließlich auf jene partiellen Formen beschränken, bei denen wir aus der Art und Reihenfolge der Krämpfe einen bestimmten Abschnitt der senso-motorischen Region als den primär in Reizung versetzten mit Sicherheit annehmen können.

Meine operierten Fälle sind in aller Kürze folgende:

1) 16jähriges Mädchen, das seit dem 4. Lebensjahre an Jackson'scher Epilepsie, ausgehend von der linken Gesichtshälfte, litt. Das Kind war vollkommen verblödet, als es im 16. Lebensjahre am 16. November 1893 operiert wurde. Nach der Trepanation und Eröffnung der Dura fand ich unter dem faradisch bestimmten unteren Facialiszentrum eine große Cyste; breite Inzision und Drainage. Heilung nicht bloß von der Epilepsie seit jetzt $9^1/_2$ Jahren, sondern auch geistige Entwicklung in erstaunlicher Weise bis zur Norm.

2) 14jähriges Mädchen, war bis zum 5 Jahre normal. Dann Krämpfe und geistiger Verfall bis zur Imbecillität. Die Krämpfe begannen im linken Facialisgebiet, dann linker Arm, linkes Bein. Die Operation (13. Januar 1902) ergab eine dicke weiße, strahlige Narbe im Facialisgebiet; Exzision, vollkommenes Aufhören der Krämpfe seit jetzt $1^1/_2$ Jahren, auffallende geistige, geringere aber deutliche körperliche Entwicklung.

3) Mann von 30 Jahren, gesund bis zum 16. Lebensjahre. Dann schwere Nephritis, linksseitige Hemiplegie mit Hemianopsie. 10 Jahre später epileptische Anfälle vom linken Vorderarm ausgehend mit Bewußtseinsverlust. Die Operation (15. Oktober 1902) ergab Leptomeningitis chronica im Armzentrum; Exzision des Zentrums. Heilung.

4) 23jähriger Mann, Insolation im 4. Lebensmonat, einmalige Krämpfe. Die rechtsseitigen Extremitäten blieben schwächer, im

übrigen normale Entwicklung. Vom 13. Lebensjahre ab epileptische Anfälle, ausgehend von der rechten Hand und dem rechten Vorderarm, mit Bewußtlosigkeit. Bei der Operation (19. Februar 1903) fand sich eine subarachnoideale Cyste. Heilung.

Besondere Betonung verdient, daß in meinen 4 Fällen weder durch Druck auf den Schädel noch auf eine andere Körperstelle Anfälle ausgelöst werden konnten, daß also epileptogene Zonen nicht vorhanden waren; ebensowenig fanden sich Stellen am Schädel, von denen eine sensible Aura ausging. Weiter hat die Untersuchung in keinem der Fälle einen Anhalt dafür geboten, daß die Epilepsie als eine reflektorische, hervorgerufen durch eine Nasen-, Ohren-, Darmerkrankung oder dergleichen mehr, hätte aufgefaßt werden dürfen. Über Verletzungen von nennenswerter Bedeutung ist in keinem Falle berichtet worden, und darauf zurückzuführende Narben oder überhaupt schmerzhafte Erkrankungsherde haben sich nicht auffinden lassen. Demgemäß haben wir jedesmal die Schädeldecken normal gefunden.

Das betreffende Zentrum muß zunächst grobanatomisch nach einer der bekannten Methoden bestimmt werden; dann ist an dieser Stelle die Schädelhöhle in gehöriger Ausdehnung, 6 oder 7 cm im Quadrat, zu eröffnen. In jedem Falle muß meines Erachtens die freigelegte Dura in Lappenform oder durch einen Kreuzschnitt beiseite gelegt werden. Erst die genaue Inspektion der Hirnoberfläche eröffnet uns die Möglichkeit, Krankheitsherde, für die die Symptome keine Anhaltspunkte geben, zu erkennen und möglicherweise zu beseitigen. Den Standpunkt, daß man bei normal aussehender und pulsierender Dura sich mit der bloßen Trepanation begnügen solle, halte ich für verwerflich.

Für diese Anschauung sprechen meine Beobachtungen. Bei meinen 4 Operierten zeigte sich jedesmal die Dura gesund. In dem einen Falle, bei dem 14jährigen Mädchen, bot sie sogar normale Pulsation. Nach ihrer Eröffnung fanden wir hier in der Zentralgegend eine dicke, weiße, strahlige Narbe von reichlich 4 cm Länge und 3 cm Breite dicht oberhalb und hinter dem Zentrum für den unteteren Facialis.

Bei meinem 4. Falle, dem 23jährigen Manne, zeigte die gespannte Dura deutliche Pulsation nur in der vorderen Hälfte der Knochenöffnung. Gerade aber in diesem Gebiete fanden wir die stärksten Veränderungen der weichen Hirnhäute und des Gehirns, nämlich eine weiß-sehnige Beschaffenheit jener und nach dem vorderen unteren Wundwinkel zu eine mit klarer Flüssigkeit gefüllte, glattwandige Cyste von der Größe zweier hintereinander liegender Walnüsse; sie befand sich subarachnoideal und bedingte einen entsprechenden Defekt in der Hirnoberfläche.

In den beiden übrigen Fällen erwies sich die Dura als stark gespannt und zeigte keine Pulsation. Bei dem fast 16jährigen Mädchen fanden wir eine große, subkortikal gelegene Cyste,

bei dem 30jährigen Manne fanden wir trotz der fehlenden Pulsation die geringsten Veränderungen unter allen unseren Fällen, nämlich Leptomeningitis chronica im Bereich der Piavenen.

Somit darf uns auch das Vorhandensein normaler Durapulsationen nicht davon abhalten, doch die Gehirnoberfläche freizulegen. Findet man ohne weiteres so erhebliche Veränderungen, daß sie den Symptomenkomplex erklären, z. B. einen Tumor, eine encephalitische oder porencephalische Cyste, wie in zwei meiner Fälle, oder eine Narbe, wie bei meiner zweiten Kranken, so ist mit der gebotenen Behandlung dieser Krankheitsprodukte unser chirurgisches Eingreifen beendet. In diesen Fällen wird man sich selbst durch den operativen Eingriff am meisten befriedigt fühlen; denn man kann hoffen, mit der Entfernung der Ursache auch die Folgen zu beseitigen. Schon Féré sagt in seinem Werke über die Epilepsie: »Nur diejenige Behandlung, welche die Ursache der Epilepsie angreift, darf auf Heilerfolge rechnen.«

Indessen werden so leicht zu erkennende Veränderungen nicht häufig gefunden werden; andere Male sind die sichtbaren Krankheitsprodukte zu unbedeutend, wie in einem unserer Fälle die Leptomeningitis in zirkumskripter Ausdehnung. In allen solchen Fällen hat man mittels faradischer Reizung jenen Abschnitt der sensomotorischen Region aufzusuchen und genau zu umgrenzen, von dem aus die Krampfanfälle eingeleitet werden. An dieser Stelle wird man dann punktieren oder auch inzidieren, um nach einem subkortikal liegenden Prozesse zu suchen (wie in meinem ersten Falle subkortikale Cyste). Erst wenn man einen solchen nicht findet, ist man vor die Frage gestellt, ob man nach Horsley's und E. von Bergmann's Vorgange die Ausschneidung des betreffenden unverändert erscheinenden Rindenzentrums vornehmen soll oder nicht. Ich komme damit zu dem schwierigsten, aber wie mir scheint wichtigsten Punkte meiner Ausführungen.

Die Bestimmung und Exzision nur auf die anatomischen Merkmale des Schädels hin ist völlig zu verwerfen, da diese ganz unzureichend sind; daher müssen auch alle die früheren Operationen, bei denen dies geschehen, einer besonders eingehenden Kritik unterzogen werden. Selbst wenn man die beste Methode, als welche Waldeyer die uns allen bekannte Krönlein'sche bezeichnet hat, zur Bestimmung der Hauptfurchen verwendet und diese, wie ich es stets tue, einen Tag vor der Operation mit Höllenstein auf dem rasierten Schädel aufzeichnet, wird man selbst bei großer Schädelöffnung oft genug das gesuchte Zentrum zum Teil noch unter Knochen verborgen liegen sehen und von diesem weitere Teile entfernen müssen. Ebenso wenig wie auf die äußeren Merkmale des Schädels darf man sich auf die anatomischen Einzelheiten der freigelegten Hirnoberfläche verlassen; die Mannigfaltigkeit und die Unbeständigkeit in den Furchen und Windungen sind allzugroß.

Ist nun das Zentrum mittels faradischer Reizung bestimmt und umgrenzt, so erfolgt die Exzision im Zusammenhang mit den weichen Hirnhäuten, und zwar bis zur weißen Substanz, d. h. in einer durchschnittlichen Tiefe von 5 mm; die blutenden Gefäße werden in gewöhnlicher Weise unterbunden, nötigenfalls wird ein Stückchen steriler Gazebinde auf den Defekt aufgedrückt.

Die Gefahr der Operation wird durch die Exstirpation eines so kleinen Hirnrindenabschnittes nicht vergrößert, die zunächst eintretenden Lähmungen und sensiblen Störungen gehen zurück, ja gleichen sich vollkommen aus. Vom Tierexperiment ist dies seit langem bekannt. Auch bei meinen Operierten habe ich es beobachtet.

Gegen die Methode der Exstirpation von Zentren ist der Einwand ins Feld geführt worden, daß der gesetzte Defekt doch nur durch eine Narbe ausheilen, und daß diese wiederum zu Epilepsie Veranlassung geben könne. So naheliegend diese Schlußfolgerung ist, so können über ihre Richtigkeit oder Unrichtigkeit doch nur praktische Erfahrungen entscheiden, und da lehren die meinigen, daß zum mindesten eine derartige, das Rezidiv in sich tragende Wirkung der entstehenden Narbe nicht immer zustande kommt.

Wenn ich nun zum Schluß noch mit einem Wort auf die Prognose eingehen darf, so handelt es sich in den letzterwähnten Fällen in denen keine anatomische Unterlage gefunden wird, um die allerungünstigsten. Das Rezidiv wird nicht ausbleiben, wenn, im Jollyschen Sinne gesprochen, die epileptische Veränderung stabil geworden und sich von ihrem ursprünglich begrenzten Herde aus auf weite Strecken der Hirnrinde verbreitet hat, wie dies übrigens bei jeder anderen Form der Jackson'schen Epilepsie, auch der mit anatomischen Veränderungen, der Fall sein kann. Da wir nun außerstande sind, eine solche Ausbreitung aus der Art der Krampfanfälle und den übrigen Erscheinungen der Epilepsie zu folgern oder bei der Operation anatomisch zu erkennen, so wird der Dauererfolg vielen Operierten versagt bleiben. Dies darf uns von weiteren berechtigten Versuchen nicht abhalten. Freilich soll man seine Hoffnungen nicht hochschrauben. Da aber bei einwandsfreier Asepsis und bei nötigenfalls zweizeitigem Operieren die Lebensgefahr nicht erheblich genannt werden kann, da ferner selbst bei eintretendem Rückfall eine Verschlimmerung der Krämpfe als Folge der Operation meines Wissens nicht beobachtet ist, da weiter so mancher dieser Epileptischen, wenn die Krampfanfälle nicht beseitigt werden, unheilbarem Blödsinn verfällt, und da endlich einzelne untrügliche Beweise für die Wirksamkeit des Verfahrens vorliegen, so scheint mir, wenn jede andere Therapie sich als nutzlos erwiesen, die Exzision des primär in Reizung versetzten Hirnrindengebietes, auch wenn es keine wahrnehmbaren Veränderungen aufweist, durchaus gerechtfertigt. Denn jeder dauernd geheilte Epileptiker, und wären es ihrer noch so wenige, ist absoluter Gewinn.

Die ausführliche Arbeit mit Abbildungen und den inzwischen vorliegenden 6 Krankengeschichten erscheint in Bruns' Beiträgen zur klinischen Chirurgie. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Braun (Göttingen) betont, daß man aus der kleinen Öffnung im Schädel nicht ersehen kann, an welcher Stelle des Gehirns man ist, ob vor oder hinter dem Sulcus centralis? Mit der zweipoligen Untersuchung, aber schwachem Strom, kann man ebenfalls gute Resultate erzielen.

Über die Dauerheilungen kann man sich sehr täuschen. B.'s Pat. wurde 1890 operiert und stets weiter kontrolliert. Er gab subjektiv immer an, daß es ihm gut gehe. 1896 wurde der Fall publiziert. Seit 1902 ist er wieder schwer epileptisch. Es stellte sich heraus, daß er schon vorher wieder Anfälle gehabt, die er jedoch verschwiegen.

Kümmell (Hamburg) hat stets nur vorübergehende Erfolge gehabt. Die letzten ca. 30 Fälle hat er nach Krause trepaniert. Solange die Dauerdrainage wirkte, waren die Kranken frei von Anfällen. Wurde die Kanüle entfernt, so traten oft wieder Rezidive ein.

Jolly (Berlin) gibt zu, daß die Exstirpation der Hirnzentren zur Heilung der Jackson'schen Epilepsie nach Krause Besserungen erzeugen mag. An Dauerheilung glaubt J., wenigstens für die Mehrzahl der Fälle, nicht. Jaffé (Hamburg).

---

20) H. Küttner (Tübingen). Die Lymphdrüsen der Wange und ihre klinische Bedeutung.

K. bespricht an der Hand von Abbildungen die Lage sämtlicher, bisher von Chirurgen und Anatomen nachgewiesenen Lymphdrüsen der Wange und betont, daß dieselben in ihrer klinischen Bedeutung noch nicht gebührend gewürdigt seien. Man findet die Wangenlymphdrüsen neben der Art. maxill. ext. und der Vena facial. ant., und zwar entweder als Gland. supramandibulares auf der Außenfläche des Unterkiefers, wo sie wohl als aberrierte Submaxillardrüsen anzusehen sind, oder in der Substanz der Wange selbst, etwa auf einer Linie, welche Mundwinkel und Ohrläppchen verbindet. Die letzteren Drüsen sind die wichtigeren; sie liegen auf, seltener unter dem M. buccinator und werden am besten als Gland. buccinatoriae ant. et poster. bezeichnet. Alle diese Drüsen sind zwar inkonstant, jedoch nicht gerade selten zu finden; dagegen sind mehrere Drüschen auf der Außenfläche des Ober- und Unterkiefers, deren Lage demonstriert wird, bisher nur je einmal nachgewiesen worden und daher ohne praktische Bedeutung.

Die Wangendrüsen sind Schaltdrüsen, und zwar können sie in Lymphbahnen eingeschaltet sein, welche von äußerer Nase, Lippen, Augen-, Wangen- und Schläfengegend, von der Wangenschleimhaut,

dem Zahnfortsatz des Oberkiefers, Parotis, Gaumen und Tonsillen kommen. In der Tat hat man sie bei den verschiedensten Affektionen der genannten Gegenden beteiligt gefunden.

Die klinische Bedeutung der Wangendrüsen erhellt aus der Tatsache, daß an der v. Bruns'schen Klinik in 6 Jahren 17 Fälle von Wangendrüsenerkrankung beobachtet worden sind, und daß sich in der meist französischen Literatur, nach einer Zusammenstellung von Stabsarzt Dr. Treudel, bereits 72 einschlägige Fälle finden.

Die Wangendrüsen können akut vereitern und chronisch — entzündlich — spezifisch oder nicht spezifisch — vergrößert sein, sie können bei malignen Lymphomen erkranken und Karzinomzellen aus der Umgebung auffangen. Als Ausgangspunkt akuter Entzündung ist am häufigsten die Zahnkaries und Parulis beobachtet worden, seltener waren Erysipele, Anginen und Diphtherie oder Parotitis die Ursache. Auch chronisch entzündlicher Vergrößerung lag nicht selten der Zahnkaries zugrunde.

Besonders häufig — in fast der Hälfte aller beobachteten Fälle — waren die Drüsen tuberkulös, und einmal fand man sie bei einem luetischen Primäraffekt der Lippe geschwollen. Praktisch am wichtigsten ist die Beteiligung der Wangendrüsen am Karzinom. In nicht weniger als 12 Fällen wurden sie in der Tübinger Klinik bei Karzinomen erkrankt gefunden, zum Teil waren sie von Krebs durchsetzt, zum Teil nur einfach vergrößert. Das Hauptkontingent stellt das Karzinom der äußeren Nase, in zweiter Linie kommt das Unterlippenkarzinom, welches jedoch infolge seines Lymphgefäßverlaufes nur die supramandibularen Drüsen zu erreichen vermag, die dritte Stelle nehmen die Gesichtskarzinome ein, und nur je einmal wurden Wangendrüsen beobachtet bei einem Krebs des Zahnfortsatzes vom Oberkiefer und einem Karzinom der Parotis.

Während bei entzündlichen Affektionen das Übersehen einer erkrankten Wangendrüse ohne besondere Bedeutung ist, kann es beim Karzinom die Prognose ungünstig beeinflussen. Unangenehme Rezidive können von zurückgelassenen Wangendrüsen ihren Ausgang nehmen und schwer zu deckende Defekte nach der Exstirpation zurückbleiben. Deshalb soll man bei keinem der genannten Karzinome, besonders nicht bei dem der äußeren Nase und der Lippen versäumen, die Substanz der Wange und die Außenfläche des Unterkiefers auf vergrößerte Lymphdrüsen zu untersuchen.

(Selbstbericht.)

---

21) **Warnekros** (Berlin). Ein Apparat für Unterkieferbruch.

Bei Operationen, selbst unter den schwierigsten Verhältnissen, hat die Chirurgie immer bedeutende Erfolge zu verzeichnen, und es erscheint daher das Verlangen der Zahnärzte ungerechtfertigt, bei Kieferfrakturen die Knochennaht nicht mehr anzuwenden. Hierzu kommt, daß die Knochennaht mit den modernen Hilfsmitteln, der

elektrischen oder der Bohrmaschine mit Fußbetrieb, als eine einfache Operation in kurzer Zeit ausgeführt werden kann. Trotzdem müssen wir Zahnärzte bei Kieferfrakturen unserere Hilfe immer wieder in den Vordergrund stellen mit der Begründung, daß eine Dislokation bei der Heilung leichter zu vermeiden, ferner die Behandlung bei Anwendung der abnehmbaren Kieferverbände eine humanere ist und schließlich als ein Hauptvorzug angesehen werden muß, daß die Funktionen des Unterkiefers während der Heilung nicht aufgehoben sind.

Diese Vorteile der abnehmbaren Verbände bei Brüchen des Unterkiefers sollen durch die Wiedergabe der nachfolgenden Krankengeschichten noch einmal hervorgehoben werden.

Es sind die von mir eingeführten abnehmbaren Verbände Interdentalschienen aus Kautschuck, welche die seitlichen Flächen der Zähne bedecken und so die Kau- und Schneideflächen der Zähne frei lassen. Wenn keine Zahnlücken vorhanden sind, so wird die Schiene an der labialen Fläche mit derjenigen der lingualen durch Golddrähte und Goldkappen, die über die Schneide- und Kauflächen geführt werden, an einzelnen Stellen verbunden.

Der so hergestellte Verband hat den Vorzug, daß er einen Überblick über die in der richtigen Lage festgehaltenen frakturierten Teile gestattet.

Mit dem Nachweise, daß es für die Heilung nicht erforderlich ist, daß der Verband wochenlang liegen bleibt, sondern daß alle Verbände vom dritten Tage an täglich behufs Reinigung aus dem Munde entfernt werden können, ist es mir allerdings gelungen, eine ideale Heilungsmethode der Unterkieferbrüche einzuführen.

Siehe Abbildungen: Abbildung 1 zeigt die frakturierten Teile eines Unterkieferbruches des Pat. Matschak, der im September 1902 im Krankenhause am Urban behandelt ist, und Abbildung 2 die Interdentalschiene, die ihm von Herrn Zahnarzt Siegfried angefertigt wurde.

In der Abbildung 3 ist der Kieferbruch des Pat. Gerlach dargestellt, der ebenfalls im September 1902 in demselben Krankenhause behandelt wurde. Abbildung 4 zeigt die betreffende Schiene.

Die Kieferabdrücke in Abbildung 5 zeigen die Verletzung und Dislokation bei einem Unterkieferbruch des Pat. Meyer aus demselben Krankenhause. Aus Abbildung 6 ist zu erkennen, wie die normale Stellung der Zähne des Unterkiefers durch das Modell des Oberkiefers gewonnen wird. Abbildung 7 zeigt die hierzu angefertigte Schiene.

Gewiß kann der Chirurg mit der Knochennaht Unterkieferbrüche heilen und ein Zahnarzt mit dem Sauer'schen Drahtverband die frakturierten Teile verbinden, aber niemals kann er den Erfolg erreichen, den ich jedesmal mit dem abnehmbaren Verband erziele, daß nämlich der Pat. sofort nach dem Einsetzen von seinen Schmerzen befreit ist und ungeachtet seiner schweren Verletzung seine

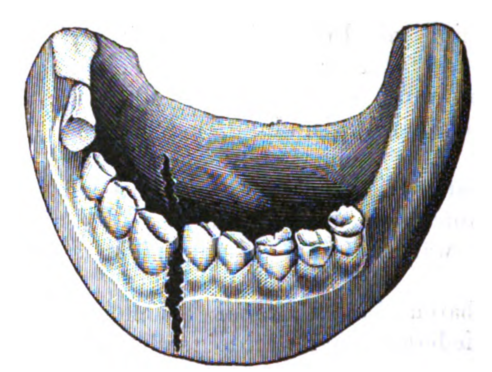


Fig. 1.

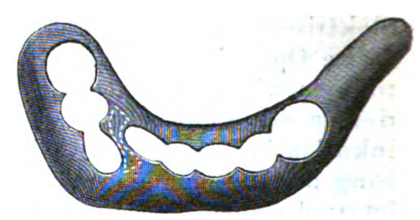


Fig. 2.

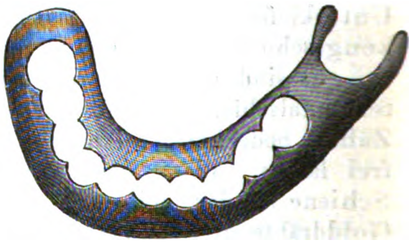


Fig. 4.

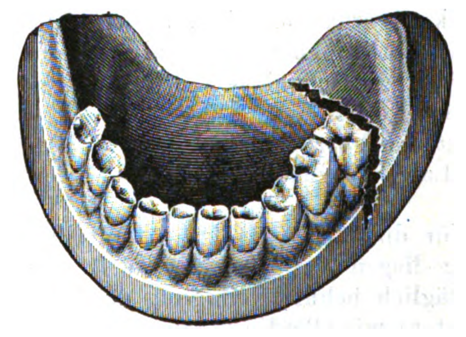


Fig. 3.



Fig. 6.

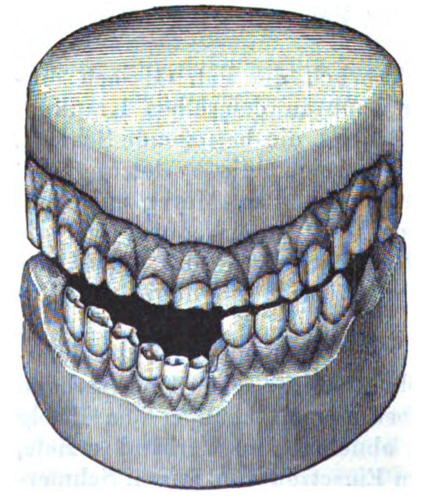


Fig. 5.

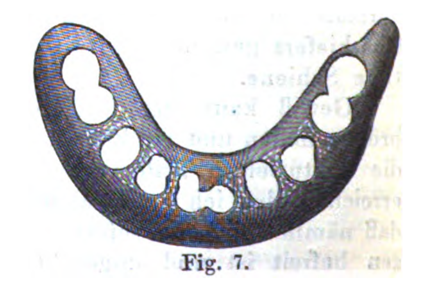


Fig. 7.

Kiefer richtig und ausgiebig zur Sprache und Nahrungsaufnahme gebrauchen kann.

Ein berühmter Operateur äußerte mir den Wunsch, einen Kieferbruch in den ersten Tagen nach dem Unfall mit dem Verbande in einer chirururgischen Gesellschaft vorzustellen. Es würden dann die Kollegen, wenn der Pat. vor ihren Augen feste Nahrung zu sich nähme, einsehen, daß zahnärztliche Hilfe mehr zu leisten vermag, als der Chirurg mit der Knochennaht erreichen kann. Denn bei keiner anderen Behandlung würde die Gebrauchsfähigkeit des zerbrochenen Kiefers in dieser Weise möglich sein.

Der hier anwesende Pat. Schuhmacher fiel am 7. Mai in einem Ohnmachtsanfall auf das Pflaster. Er erlitt eine schwere Gehirnerschütterung, auf der linken Seite wurde ein Bruch der Schädelbasis vermutet, und rechts zeigte sich vom Kiefergelenk bis zur vierten Rippe ein großer Bluterguß unter der Haut. Gleichzeitig wurde durch eine Röntgenaufnahme ein Bruch des Processus condyloides festgestellt. Der Pat. fand Aufnahme in dem Kreiskrankenhause Britz; und da bei der schweren Gehirnerschütterung ein sofortiger Eingriff nicht ratsam erschien, wurde ich erst nach 8 Tagen von dem Direktor, Herrn Riese, ersucht, für den Pat. einen Verband anzufertigen.

Die Dislokation war sehr erheblich; der Unterkiefer war auf der rechten Seite nach innen und oben gezogen, der letzte Teil des Alveolarfortsatzes drückte gegen den weichen Gaumen und verhinderte so die Ausübung einer jeden Kau- und Schluckbewegung, so daß dem Pat. nur flüssige Nahrung durch eine Röhre zugeführt werden konnte. Überraschend war daher der Erfolg, daß der Pat. sofort nach dem Einsetzen des abnehmbaren Verbandes ein Mittagbrot ohne Schmerzen und mit großem Appetit verzehren konnte. Der Verband ist bis zum heutigen Tage getragen worden, wurde täglich durch Emporheben und nachheriges Ausspülen des Mundes mit einer Spritze gereinigt und wird bis zur vollständigen Heilung wie bisher kein Hindernis bereiten. Es ist auch der Pat. anwesend, dem ich im Jahre 1899 beim Bruch des Unterkiefers in der Gegend des Eckzahns zum ersten Male einen abnehmbaren Verband eingesetzt hatte, und welcher mir erzählte, daß er unmittelbar nach dem Einsetzen der Schiene auf dem Nachhauseweg in einer Gastwirtschaft einkehrte und hier dem Verlangen nicht wiederstehen konnte, eine Portion Fleisch zu essen, was ihm ohne Schwierigkeit gelang, nachdem er seit seiner Verletzung nur flüssige Nahrung zu sich genommen hatte.

Während bei diesem die beiden frakturierten Teile durch den Verband geschient waren, da der Bruch im Körper des Unterkiefers stattgefunden hatte, so ist bei dem ersten Falle der Erfolg um so bemerkenswerter, als der Verband den Processus condyloides nicht beeinflussen konnte. Dieser wurde durch die Muskulatur in seiner richtigen Lage, der Gelenkpfanne, gehalten. Der dislozierte und stark

nach innen gedrängte Teil des Unterkiefers aber wurde durch den Verband in die normale Stellung gedrängt, indem die Zähne des Oberkiefers auf eine schiefe Ebene trafen, die an der Schiene befestigt war. (Original.)

In der darauffolgenden Diskussion wurden die Zweifel, die Herr Geheimrat Rose an die sofortige Gebrauchsfähigkeit geltend machte, da der Bruch schon am 7. Mai also vor 4 Wochen stattgefunden hätte, durch Herrn Prof. Körte widerlegt, welcher bestätigte, daß Prof. Warnekros und Zahnarzt Siegfried fünf Pat. im Krankenhause Urban stets mit dem gleichen Erfolge behandelt hatten.

Dieselbe Bestätigung wurde durch Herrn Oberstabsarzt Dr. Gossner gegeben, welcher dem Prof. Warnekros noch dankte für die Behandlung eines Kanoniers, der im Januar dieses Jahres durch einen Hufschlag einen Bruch des Unterkiefers erlitten hatte und welcher ebenfalls sofort nach dem Einsetzen des abnehmbaren Verbandes seine Kiefer bis zur Heilung in ausgiebigster Weise zur Nahrungsaufnahme und zum Sprechen gebrauchen konnte.

---

22) **Hackenbruch** (Wiesbaden). Zur Behandlung der Gesichtslähmung durch Nervenpfropfung.

Unter Demonstration von 8 lebensgroßen Autotypien berichtet H. über eine durch Nervenpfropfung günstig beeinflußte Facialislähmung bei einem 8jährigen Mädchen; die Lähmung hatte $7^3/_4$ Jahre trotz jedweder Therapie unverändert bestanden. Angeregt durch die Manasse'schen Tierversuche wurde die Nervenpfropfung den Eltern der Pat. vorgeschlagen. Die Operation selbst, welche nach vorherigem, genau aufgenommenem Status bezw. der elektrischen Erregbarkeit des N. facialis und seines Muskelgebietes vorgenommen wurde (Dr. Hezel), verlief so, daß in den vorher längs geschlitzten Facialisstamm $^2/_3$ des abgespaltenen N. accessorius eingepfropft wurde. Durch diese Art der Einpflanzung erhoffte Vortr. ein leichteres und zahlreicheres Einwachsen von Primitivfasern des Accessorius in die schlitzförmige Facialiswunde. Nach Ablauf von $4^1/_2$ Monaten zeigte sich schon eine erhebliche Besserung der Lähmung; 9 Monate nach der Nervenpfropfung konnte das Kind willkürlich den rechten Mundwinkel nach außen ziehen. Das Muskelgebiet des N. accessorius hat durch den Verlust von $^2/_5$ der Nervenfasern nur wenig gelitten. Die elektrische Untersuchung (Dr. Hezel) ergab, daß etwa das untere Drittel des rechten Musculus trapezius faradisch nicht erregbar war, während die elektrische Erregbarkeit der Facialismuskulatur nach der Nervenpfropfung eine auffallend bessere geworden ist.

Auf Grund dieses günstigen Erfolges, welchen Vortr. in diesem Falle von fast 8jähr. Facialislähmung durch Nervenpfropfung erzielte, nahm er seinen früheren Gedanken, auch bei spinalen Kinderläh-

mungen eine Nervenpfropfung zu versuchen, wieder auf und pfropfte bei einer totalen spinalen Lähmung des N. peroneus $^1/_3$ des Stammes des N. tibialis in den geschlitzten Stamm des Peroneus ein. Ein viertel Jahr nach dieser Operation klappte dieses Kind mit seinem Füßchen nicht mehr so leicht um wie früher, während gleichzeitig die vorher erhebliche Spitzfußstellung bedeutend geringer geworden ist. Über den weiteren Verlauf hofft Redner seinerzeit Mitteilung machen zu können. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Körte (Berlin) stellt eine Pat. vor, bei der er vor $1^1/_2$ Jahren den peripheren Facialisstumpf mit dem Hypoglossus anastomosiert hat. Die Pat. zeigt erhebliche Besserung. Die Wangen und Mundwinkelmuskeln sind aktiv beweglich, der Orbicularis oculi schwach, die Stirnmuskeln unbeweglich. — Der Accessorius empfiehlt sich mehr zur Pfropfung als der Hypoglossus. (Selbstbericht.)

Sprengel (Braunschweig) will den Accessorius an anderer Stelle freilegen als Hackenbruch. **Jaffé** (Hamburg).

Dollinger (Budapest). Teilt man den N. accessorius, bevor er den Kopfwender innervierte, in zwei Teile, so nimmt man darauf keine Rücksicht, ob zur Nervenpfropfung die zur Innervation des Kopfwenders oder die für den M. trapezius bestimmten Fasern verwendet werden. Es kann folglich die Operation eine unheilbare Lähmung und eine den Hals entstellende Atrophie des Kopfwenders zur Folge haben. Nachdem der N. accessorius den Kopfwender durchzogen und innerviert hat, treten seine übrig gebliebenen Fasern etwa in der Höhe des Kehlkopfes an dem hinteren Rande des Kopfwenders in die seitliche Halsgegend und ziehen zu den M. trapezius. D. empfiehlt, diesen Nervenast recht tief (distal) abzuschneiden, ihn nach oben zurückzuführen und ihn zu den Pfropfversuchen zu verwenden. Die darauf folgende partielle Atrophie des M. trapezius wäre nicht so auffallend als jene des Kopfwenders. (Selbstbericht.)

---

23) **J. Dollinger** (Budapest). Die subkutane Entfernung der tuberkulösen Lymphdrüsen des Halses, des Nackens und der Submaxillargegend. Auf Grund von 100 operierten Fällen.

D. referiert über die Erfahrungen, die er im Laufe von 11 Jahren mit der von ihm geplanten Operation machte. Er führte die Operation während diesem Zeitraume an 126 Halsseiten von 100 Pat. aus, demonstriert an 14 Tafeln die Ergebnisse der Studien, die er an perkutan operierten Fällen bezüglich der topographischen Lage dieser Drüsen machte und teilt die Resultate mit, welche er mit dieser Methode erreichte.

Trotzen die tuberkulösen Lymphdrüsen der allgemeinen und lokalen Behandlung, so sollen sie entfernt werden. Die Kranken zögern aus Abscheu vor der entstellenden Narbe. D. faßte daher den Gedanken, die Narbe an eine unsichtbare Stelle zu verlegen und entfernt dementsprechend die Drüsen von einem Schnitte aus, der am Nacken 1 cm von dem Rande des Haarbodens gegen die Mittellinie zu liegt, etwa in der Höhe des äußeren Gehörganges beginnt und von hier in der Länge von 6 cm nach ab- und etwas nach rückwärts zieht.

Der Operateur sitzt hinter dem oberen Kopfende des liegenden Pat., ist mit elektrischem Stirnreflektor armiert und dringt von unten gegen das zu exstirpierende Drüsenpacket vor. Das wenige Blut fließt dabei aus der Wunde, und kann diese fortwährend gut übersehen werden. Ein Assistent hält den Kopf während der ganzen Operation frei und bringt ihn in jede gewünschte Lage.

Der weitere Verlauf der Operation wechselt je nach der Lage der zu entfernenden Drüsengruppe.

Der Operateur beleuchtet sich während der Operation in der Tiefe das Terrain, schiebt Nerven und Gefäße beiseite und schält dann die Drüsen mit dem Finger oder mit dem Elevator stumpf aus. Drüsengruppen, die mit ihrer Umgebung fest verwachsen sind, eignen sich nicht zur subkutanen Exstirpation.

Die Drüsen werden während diesen Manövern, wo sie mit Zangen gefaßt und hervorgezogen werden müssen, oft zerrissen oder zerquetscht. Drüsen, die im Zentrum bereits erweicht sind, platzen. Die Erfahrung lehrte D., daß diese tuberkulösen Massen, wenn sie ausgewischt werden, die Wundhöhle nicht infizieren, und daß die Heilung, wenn die Wundhöhle nicht von den Fingern des Operateurs infiziert wird, per primam erfolgt.

Nach Entfernung der Drüsen wird die Wundhöhle unter Kontrolle mit dem Reflektor rein gemacht, drainiert und vernäht.

Auffallend ist die minimale Blutung, die doch bei offener Entfernung der Drüsen mit dem Messer gewöhnlich zahllose Unterbindungen erheischt.

Sollte infolge äußerer Infektion in der Wundtasche Eiterung eintreten, so wird mit Hilfe der Hohlsonde an der tiefsten Stelle mit Tenotom ein 2 mm kleiner Einschnitt in die Haut gemacht und drainiert. Die Eiterung sistiert dann bald, und es bleibt eine punktförmige Narbe an der Haut.

D. demonstriert nun die topographische Lage der verschiedenen Drüsengruppen und gibt bei einer jeden Gruppe spezielle Anweisungen zu ihrer Entfernung.

I. Die retro- und subaurikulären Drüsen. Sie liegen am nächsten zur Einschnittstelle. Ihre Entfernung ist außerordentlich leicht.

II. Die präaurikulären Drüsen. Sie liegen auf der Ohrspeicheldrüse unter der Fascia parotideo-masseterica, usurieren diese

und gelangen unter die Haut. Man dringt zu ihnen unter dem äußeren Gehörgange vor. Der Gesichtsnerv liegt in der Tiefe der Drüse und wird nicht beschädigt.

III. Die Drüsen unter dem Kopfe des M. sterno-cleido-mastoideus. Liegen hinter dem N. accessorius, der vorsichtig zu schonen ist. Es kommen hier auch unter und vor dem Nerv tuberkulös vergrößerte Drüsen vor, die alle sehr vorsichtig bei Beleuchtung mit dem Reflektor entfernt werden. Man dringt zu ihnen aus der beschriebenen Hautwunde unter dem hinteren Rande des Kopfnickers vor. Fälle, in welchen die Drüsen bereits mit dem Muskel entzündlich verschmolzen sind, eignen sich für die Methode nicht. Man kann in diesen Fällen oft bei der perkutanen Exstirpation den Muskel kaum schonen.

IV. Drüsen in der Umgebung des unteren Endes der Ohrspeicheldrüse und der Vena facialis postica. Aus der Hautwunde wird zwischen dem Knopfnicker und der Haut der Weg gebahnt. Die Vena facialis postica ist bei längerem Bestande der Drüsengeschwulst sehr oft obsolet. Geschont werden muß die Vena jugularis externa und der N. auricularis magnus auf der Oberfläche des Kopfnickers. Diese, sowie die vorherige Drüsengruppe sind am häufigsten Sitz der tuberkulösen Drüsenerkrankung.

V. Drüsen in der Gegend der Unterkieferspeicheldrüse. Sie liegen gewöhnlich 3 an der Zahl in der Fascientasche der Unterkieferspeicheldrüse zwischen dieser und dem Unterkiefer, umgeben die Vena facialis antica und veröden sehr oft diese sowie die Art. max. externa.

Man dringt aus dem Cervicalhautschnitt subkutan über dem Kopfnicker bis zur Drüsengruppe vor, spaltet mit dem Elevator oder bei Beleuchtung mit dem Messer die hintere Wand der Fascientasche und löst sie dann stumpf aus.

VI. Die Drüse vor dem Masseter auf dem Unterkiefer hatte D. in einem Falle Gelegenheit subkutan auszulösen.

VII. Die Drüsen unter dem Kinn. Es sind hier gewöhnlich zwei Drüsen, die zwischen den vorderen Bäuchen der Mm. digastrici liegen, sich aber, wenn sie tuberkulös anschwellen, über die Muskelbäuche erheben und unter dem Platysma liegen. Ist man behufs Entfernung der Submaxillardrüsen ohnedies unter dem Unterkiefer weit nach vorn gelangt, so kann man bei großer Routine es versuchen, auch diese Drüsen mit dem Elevator und Löffel herauszuholen. D. ist es in einigen solchen Fällen gelungen, in anderen Fällen war der Versuch erfolglos. Man wird sich meistens dazu entschließen, diese Drüsen durch einen kleinen Einschnitt zu entfernen, da die Narbe unter dem Kinn nicht sehr auffallend ist.

VIII. Die Drüsen des seitlichen Halsdreiecks. Sie liegen, etwa 50 an der Zahl, in der genannten Gegend. Die oberen können aus dem Cervicalschnitt leicht erreicht werden, die tieferen werden leicht heraufbefördert, da sie in lockeres Bindegewebe eingebettet

sind. Besonders zu schonen sind der zum M. trapezius ziehende Ast des N. accessorius, der Plexus cervicalis und der Plexus brachialis. Diese sind von den Drüsen durch ein Blatt der Halsfascie getrennt. Die Vena jugularis externa ist oft obsolet. Fälle mit sehr verwachsenen Drüsen sind auch hier ausgeschlossen.

IX. Die tiefen Lymphdrüsen des Halses liegen unter dem Kopfnicker entlang den großen Gefäßen und sind mit ihnen gewöhnlich locker verbunden. Einige größere Drüsen liegen meistens an der Kreuzungsstelle des M. omohyoideus. Ihre Auslösung geht leicht von statten. Man dringt zu ihnen aus dem Cervicalschnitt unter dem Kopfnicker mit Schonung des N. accessorius vor. Ist die Verbindung eine festere, so zieht man sie mit der Hakenzange vorsichtig in die Wunde und löst sie aus. Auf die dabei blutleere V. jugularis communis besonders acht geben.

Die definitiven Resultate. Die Zahl der Lymphdrüsen des Halses ist mehr als 100. Da zur Zeit der Entfernung meistens nur einige Drüsen tuberkulös bemerkbar geschwollen sind, so ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß später auch noch andere tuberkulös anschwellen. Dagegen sichert die subkutane Entfernung ebensowenig wie die perkutane. Da aber die Drüsen gewöhnlich erst nach längerem Bestande operiert werden, liegt schon darin einige Garantie, daß nicht neue Nachschübe erfolgen, namentlich wenn Pat. die gegebenen hygienischen Ratschläge befolgt. D. hatte in einigen wenigen Fällen Gelegenheit, solche Drüsen abermals auf subkutanem Wege zu entfernen. Das sind aber seltene Ausnahmen. Ein großer Teil der Drüsen ist seit 10—11 Jahren operiert. Es waren darunter Fälle, wo die Drüsen zur Zeit der Operation bereits tuberkulös erweicht waren, D. hat die Pat. seiter unter den Augen und sah bei ihnen keine Rezidive.

D. empfiehlt auf Grund der dargelegten Erfahrungen die Methode mit folgenden Worten: »Die beschriebene Operation erheischt von seiten des Operateurs sehr große Aufmerksamkeit, viele Übung und sie ist auch gewöhnlich sehr mühsam, wird daher, wie ich glaube, nie allgemein populär werden; aber in gut ausgewählten Fällen ist der Erfolg ein so vollkommener und die Verschonung von entstellenden Narben wird von den Pat. so hoch geschätzt, daß ich glaube, sie verdient es, daß sie von den Herren Kollegen zum Gegenstand eingehenden Studiums gemacht und eingeübt werde.«

(Selbstbericht.)

Diskussion.

König (Berlin) gibt zu, daß bei beweglichen Drüsen Dollinger's Methode gehe. Dagegen sei sie bei erweichten und verwachsenen Drüsen ganz ungeeignet. Dies seien keine Drüsen mit Kapseln mehr. Außerdem besteht die Gefahr von Rezidiven, da Drüsen bei der subkutanen Methode sicher zurückbleiben. Jaffé (Hamburg).

Dollinger (Budapest). Wie häufig die Indikation zur subkutanen Entfernung dieser Drüsen vorliegt, das beweist der Um-

stand, daß D. in der unter seiner Leitung stehenden Universitätsklinik seit Januar dieses Jahres 20 geeignete Fälle vorfand. Bereits entzündete Drüsen eignen sich für diese Methode nicht, und liegen in den von Herrn König hervorgehobenen Fällen ganz andere Verhältnisse vor. Es ist nicht ausgeschlossen, daß später auch andere Drüsen des Halses tuberkulös werden und anschwellen, da von den mehr als 100 Lymphdrüsen des Halses durch die Operation nur die wenigen zur Zeit geschwollenen entfernt werden. Gegen diese Eventualität schützt keine chirurgische Methode, weder die subkutane noch die perkutane, sondern nur die genaue Befolgung der hygienischen Maßregeln. Einige Gewähr leistet aber doch der Umstand, daß der größte Teil jener Drüsengeschwülste, welche D. auf diese Weise entfernte, seit 2—3 Jahren stationär war und keine Neigung zum Übergreifen des Prozesses auf andere Drüsengruppen vorzuliegen schien. D. sah viele jener Pat., die er vor 8—10 Jahren operierte, seither mehreremal, und konnte sich davon überzeugen, daß bei ihnen keine Rezidive eintraten. In zwei Fällen kamen Pat. ein Jahr nach der subkutanen Entfernung einiger Drüsen mit Rezidiv der Nachbargruppen. Diese Drüsen wurden abermals auf subkutanem Wege mit gutem Erfolg entfernt. Die Rezidive wären sicher auch dann eingetreten, wenn die Pat. von der ersten Operation eine Narbe davongetragen hätten.

Bei armen Leuten, die nach der Operation wieder in ihre ahygienischen Verhältnisse zurückkehren, mögen die Rezidive häufiger vorkommen. D. empfiehlt die Operation nochmals, hebt aber wiederholt hervor, daß ihre Ausführung besonders in einzelnen Fällen außerordentlich schwer ist und besondere Einübung erfordert.

(Selbstbericht.)

---

24) **Payr** (Graz). Über »Kropffisteln«. Beiträge zur pathologischen Anatomie und Klinik der Strumitis (mit Demonstrationen).

Fistelbildungen an Kröpfen sind selten. Sie werden wohl nur dort, wo ein größeres Kropfmaterial zur Verfügung steht, mit einer gewissen Regelmäßigkeit beobachtet. Ihre Ätiologie ist eine mannigfaltige, und eine eingehende Beschäftigung mit dieser Frage bisher nicht erfolgt. Den Ursachen der Permanenz derartiger Fistelbildungen gebührt hauptsächlich unser Interesse. Aber nicht nur pathologisch-anatomisch, sondern auch klinisch ist mancher interessante Befund zu erheben, und ergeben sich diagnostische und therapeutische, einer Beantwortung zum Teil noch bedürfende Gesichtspunkte.

Man versteht unter »Kropffisteln« durch längere Zeit aus ganz bestimmten Gründen an kranken Schilddrüsen bestehende Fistelbildungen ohne akut entzündliche Erscheinungen, die von den so häufigen Perforationen nach Strumitis wohl zu unterscheiden sind.

Bei vorher bestehender Struma spricht man von Kropffisteln, in anderen Fällen von Schilddrüsenfisteln. In ganz seltenen Fällen kann sich eine längere Zeit bestehende Perforation gegen ein inneres Hohlorgan entwickeln, und führt diese Tatsache zum Unterschied zwischen »äußeren« und »inneren« Fisteln.

In der Literatur finden sich zerstreut eine Anzahl von Einzelbeobachtungen, die von dem Vortr. mit möglichster Vollständigkeit zur Unterstützung einer zusammenfassenden Bearbeitung gesammelt worden sind.

Ätiologie. Die wichtigsten Ursachen der Kropffistelbildung sind: 1) das Trauma. Zufällige Verletzungen durch scharfe Werkzeuge und Schuß, stumpfe Verletzungen und operative Eingriffe, wie Punktion, Spaltung von Kropfcysten und Elektrolyse sind hier zu nennen. 2) Das Eindringen und Verweilen von Fremdkörpern. 3) Die Strumitis, am häufigsten in der metastatischen Form. Die Fistel entsteht entweder durch spontanen Durchbruch eines Eiterherdes oder einer vereiternden Cyste, oder sie bleibt nach kunstgerechter Eröffnung bestehen. 4) Rein theoretisch gehören die nach intraglandulärer Knotenausschälung und Cystenenukleation infolge von Implantationsinfektion bisweilen entstehende Fisteln hierher. 5) Die chronischen Myokosen der Schilddrüse. 6) Echinokokkus der Schilddrüse. 7) Neoplasmen.

Pathologische Anatomie der Kropffistel. Wir haben zu unterscheiden zwischen vereiterten Cysten und entzündeten parenchymatösen oder Kolloidkröpfen. Die Mehrzahl der Fisteln ist an vereiterten Cysten beobachtet worden. Die Wandung ist dick und derb, enthält Kalksalze, im Innern Granulationsgewebe und krümelige, käsige Detritusmassen. Es können sich ganze Stücke der Cystenwand und des benachbarten Kropfgewebes sequestrierend abstoßen. Der Hohlraum beherbergt nicht selten Kalkkonkremente. Echte Knochenbildung ist enorm selten (Struma petrosa, Struma ossea). Im Fistelsekret, das bald serös und klar, bald eitrig getrübt, hämorrhagisch oder jauchig ist, finden sich Eiterkörperchen, Fettkörnchenzellen, Drüsenzellen, Kolloidtropfen, Cholestearin- und Kalkkristalle, Detritus und Mikroorganismen. Die bakteriologische Untersuchung ergibt wegen der Kommunikation mit der Körperoberfläche reichliche, aber meist wenig wertvolle Resultate.

Bei vereiterten Knoten entsteht als Entzündungsprodukt eine derbe, fibröse, einen Hohlraum begrenzende Narbenmasse (Struma fibrosa). Im Hohlraum findet man Granulationsgewebe und sequesterähnliche Kalkkonkremente, Lymphdrüsenschwellung wird meist vermißt. Ausgedehnte Verwachsungen mit allen Nachbarorganen sind die Folge der Entzündung. Länge, Beschaffenheit und Verlauf der Fistel variieren sehr.

Bei der Knotenform der Tuberkulose gibt es zweifellos tuberkulöse Kropffisteln. Bei Cystadenom und Karzinom hat man in

seltenen Fällen eigentümliche Fistelbildungen an den erkrankten Schilddrüsen beobachtet.

Die Ursachen, die nach stattgefundener Perforation den Schluß der Fistel nicht zustande kommen lassen, sind: Gewebsnekrosen nach infektiösen Prozessen, Kalkkonkremente im Hohlraum, Starrheit seiner Wandung — entweder infolge von Kalkeinlagerungen in diese oder durch Sklerosierung. Im letzteren Falle produziert das schlecht vaskularisierte Gewebe zu wenig Granulationen. Weitere Gründe sind Enge der Fistel und ungünstige Lage zum Infektionsherd, wenn der Sekretspiegel tiefer liegt als die Fistelöffnung.

Klinik der Kropffisteln. Anamnestische Angaben sind wichtig. Es gibt mediane und laterale Fisteln, die meist schon äußerlich durch eine eigentümliche, durch den Zug der schrumpfenden Weichteile in ihrer Nachbarschaft zu erklärende Hautfaltenbildung ausgezeichnet sind. Beim Schlingakt wird die Fistelöffnung verzerrt. Der komplizierte Verlauf vereitelt oft die Sondierung. Wesentlich ist der Nachweis einer vorhandenen Struma und ihres Zusammenhanges mit der gesehenen Fistel. Die Inspektion und Palpation läßt bei intrathorakaler Lage häufig im Stiche. — Recurrensparesen und Sympathicusstörungen, Trachealstenose und gedämpfter Perkussionsschall am Thorax sind die wesentlichen klinischen Zeichen, ebenso Cyanose, Atem- und Schlingbeschwerden, Hitzegefühl im Kopf und ausstrahlende Schmerzen am Halse.

Es gibt entzündliche Nachschübe, wenn sich die Fistel, das Sicherheitsventil, schließt. Ein diagnostisches Hilfsmittel ist das Röntgenverfahren (Fluoreszenzschirm, Beobachtung beim Schlingakt, Injektion von Wismutemulsion in den Fistelkanal).

Arrosionsblutungen, Perforationen in die Trachea und Mediastinitis trüben die sonst gute Prognose.

Therapeutisch empfiehlt es sich, den die Fistelbildung unterhaltenden erkrankten Schilddrüsenanteil zu exstirpieren. Morphin, Äthertropfnarkose und Kocher's Kragenschnitt sind für den Eingriff zu empfehlen. Die Schwierigkeiten sind wegen der oft sehr bedeutenden Verwachsungen mit Haut, Muskeln, Trachea und Ösophagus sowie Gefäßen und Nerven sehr große.

P. berichtet kurz über sechs durch Exstirpation behandelte Fälle von Kropffisteln und die dabei erzielten günstigen Resultate.

Bei tuberkulösen Kropffisteln ohne schwere Allgemeinerkrankung ist ebenfalls die Exzision der erkrankten Partie vorzunehmen. Ebenso wegen der großen Gefahr der Perforation in die oberen Luftwege bei Echinokokkus der Schilddrüse. Bei fistelnden Karzinomen kommt die Hilfe wohl meist zu spät.

Der Vortr. demonstriert die Präparate von fünf durch Exstirpation der erkrankten Hemisphäre behandelten Fällen von Kropffisteln. Die Fistel ist jedesmal mitexstirpiert worden und in den meisten

Objekten im Zusammenhang mit der erkrankten Schilddrüsenpartie zu sehen.

Eine Anzahl von farbigen Reproduktionen der frischen Präparate der exstirpierten Kröpfe erläutert die weiteren anatomischen Details.

(Selbstbericht.)

---

25) **Ettlinger** (Frankfurt a. M.). Ein Fall von idiopathischer Ösophagusdilatation. Mit Demonstration.

E. demonstriert das pathologisch-anatomische Präparat einer diopatischen Ösophagusdilatation, welches von einer 36jährigen Frau stammt, die im Juli 1896 wegen absoluter Undurchgängigkeit der Speiseröhre zur Behandlung kam und bei der im August desselben Jahres eine Magenfistel nach der von Kader angegebenen Methode angelegt werden mußte. Die Kranke erholte sich ganz ausgezeichnet und konnte von E. während $6^3/_4$ Jahren von der Fistel aus ernährt werden. Ende April 1903 starb sie an einer interkurrenten Erkrankung.

Bei der Obduktion fand sich eine Erweiterung der Speiseröhre, die am Übergang des oberen ins mittlere Drittel des Ösophagus beginnt, ihre größte Weite zwischen mittlerem und unterem Drittel erreicht und ihr Ende an der engen Cardia findet. Die ganze Länge der Speiseröhre von den Aryknorpeln bis zur Cardia beträgt 22 cm; die Erweiterung beginnt 9 cm unterhalb der Aryknorpel und erreicht 15 cm unterhalb derselben ihren größten Umfang, nämlich 10 cm.

E. demonstriert zwei mikroskopische Präparate, einen Längsschnitt aus der Cardia und einen Längsschnitt aus der Partie der größten Erweiterung. Während es sich beim ersten nur um eine oberflächliche Entzündung der Mukosa handelt, erkennt man bei dem zweiten, daß die muskulären Bestandteile enorm hypertrophisch, und daß chronisch entzündliche Prozesse alle Wandschichten durchsetzen.

Die Diagnose »idiopathische Ösophagusdilatation« war intra vitam nicht gestellt worden; als Ursache der Undurchgängigkeit ward ursprünglich ein Karzinom angenommen; die lange Dauer des Krankheitsverlaufes sprach selbstverständlich dagegen; eine retrograde Sondierung wurde verschiedentlich, jedoch ohne Erfolg, versucht.

E. rät in Fällen hochgradiger Speiseröhrenverengerung mit dem Anlegen einer Magenfistel nicht gar zu lange zu warten; denn, abgesehen von der Möglicheit eines späteren Verschlusses nach gelungener retrograder Sondierung und Dilatation der verengten Stelle, bereitet eine gut funktionierende Fistel, selbst, wenn es sich um Karzinom handelt, dem Kranken auf längere und, wie der vorliegende Fall zeigt, sogar auf lange Zeit hinaus einen ganz annehmbaren und erträglichen Zustand. (Selbstbericht.)

---

26) **Ehrhardt** (Königsberg). Über Intubation bei narbigen Stenosen und bei erschwertem Décanulement.

E. empfiehlt auf Grund der in der Königsberger chirurgischen Klinik gemachten Erfahrungen die Intubation als wertvolles Hilfsmittel bei der Behandlung des erschwerten Décanulements und der narbigen Kehlkopfstenosen. Er teilt außer einigen einfacheren Fällen von Décanulementshindernissen, bei denen die Intubation allein oder in Verbindung mit der Exkochleation von Granulomen erfolgreich geübt wurde, einen der zum Glück seltenen Fälle von Narbendiaphragma des Kehlkopfs nach Krikotracheotomie mit. Bei einem 3jährigen Kinde wurden von Prof. v. Eiselsberg durch Laryngotomie das Narbendiaphragma, ferner die eingerollten Trachealringe, ein Teil des Ring- und Schildknorpels exzidiert. Eine Deckung des Defektes durch Plastik erschien unmöglich, weil nach Exzision des Narbendiaphragmas eine Stenose der Glottis selbst bestehen blieb, die sekundär dilatiert werden mußte. Eine Kontinuitätsresektion der Trachea war ebenfalls unausführbar. So wurde der kleinste Tubus des O'Dwyer'schen Bestecks eingeführt, durch den der Pat. gut atmete, und über diesem Tubus wurde die Weichteilwunde zusammengezogen. Die Weichteilwunde granulierte rasch zu, systematische Dilatation mit immer stärkeren Kanülen erzielte schließlich freie Atmung auf normalem Wege, die auch heute — 5 Jahre nach der Operation — noch anhält. Wie bei erschwertem Décanulement hat sich die Intubation zur Dilatation syphilistischer u. a. Larynxstenosen bewährt. Ebenso ist sie gelegentlich als Ersatzmittel der Tracheotomie angewendet worden bei Fällen von inoperablem Strumakarzinom, inoperablem Larynxkarzinom und tuberkulöser Kehlkopfstenose, bei denen die Tracheotomie aus irgendwelchen Gründen vermieden werden sollte. Nachteile des Verfahrens wurden in diesen Fällen bisher nicht beobachtet. Die Erfahrungen des Vortr. sind allerdings noch keine sehr ausgedehnten; immerhin glaubt er erwähnen zu müssen, daß auch bei der Intubation diphtheritischer Stenosen in der Königsberger Klinik in den letzten 7 Jahren niemals üble Zwischenfälle gesehen wurden. (Selbstbericht.)

---

27) **F. Franke.** Perforatio thoracis translateralis duplex mit Ausgang in Heilung.

Der berichtete Fall betraf eine 48jährige Frau, die durch 2 m hohen Fall von einer Leiter auf die rechte Seite durch einen in der rechten Hand gehaltenen Handbesen eine von der rechten nach der linken Achselhöhle im dritten Interkostalraum durchgehende Perforation des Thorax erlitten hatte, wobei aber die Haut in der linken Achselhöhle unverletzt blieb. Nach sofortigem Herausziehen des Besenstieles stellten sich unter schneller Entwicklung eines von der linken Achselhöhle ausgehenden Hautemphysems über Rumpf und

Kopf so schwere Erscheinungen ein (Kurzatmigkeit, Pulsbeschleunigung), daß $5^1/_2$ Stunden später eine Operation nötig wurde, durch die die Verletzte gerettet wurde. Die eingeschlagene Behandlung, feste Tamponade nach Inzision in der linken Achselhöhle, sowohl dieser als der rechtsseitigen Wunde mit folgendem, gut abschließendem Verband, empfiehlt Vortr. als Methode der Wahl als einfachstes und sicherstes Mittel für die Behandlung des mit ausgedehntem und gefährlich werdendem Hautemphysem verbundenen Pneumothorax, ohne aber das von v. Bramann empfohlene eigenartige Drainageverfahren oder die Annähung der Lunge auszuschließen, während andere Methoden sich für solche Fälle nicht eignen.

Der Fall, der erste glücklich ausgelaufene Fall von beiderseitigem Pneumothorax mit sich anschließendem Hautemphysem, in dem aber das Emphysem im Anfang eine für die Rettung günstige Komplikation bildete, zeichnet sich noch dadurch aus, daß der Besenstiel einen dem Gesetz der inneren Konturierung folgenden Weg einschlug, für welche Möglichkeit auch noch ein schlagendes Beispiel aus der Literatur angeführt wird, und daß infolgedessen außer einer leichten Quetschung des Herzens keine Verletzung der Brustorgane stattfand. (Selbstbericht.)

---

28) **Ringel** (Hamburg). Zur Resektion des Thorax bei veralteten und tuberkulösen Totalempyemen.

R. berichtet über 3 Fälle von ausgedehnter Resektion des Thorax, von denen er 2 als geheilt vorstellt, während der dritte sich auf dem Wege zur Heilung zurzeit noch in Behandlung befindet. Bei dem ersten Falle handelt es sich um einen 68jährigen Mann, der im Anschluß an eine Rippencaries ein tuberkulöses Totalempyem der linken Pleura bekam. Resektion der 11.—6. Rippe und der Scapula bis zur Spina mit den interkostalen Weichteilen in drei Sitzungen, Dekortikation der Lunge. Heilung nach Ausführung mehrerer Hautlappen-Plastiken. Im zweiten Falle lag ein metapneumonisches Totalempyem der linken Pleura bei einem 22jährigen Manne vor. Resektion der 10.—3. Rippe und der Scapula in zwei Sitzungen. Heilung. Der 3. Fall betrifft ein 28jähriges Mädchen mit einem tuberkulösen Totalempyem der linken Pleura. Resektion der 11.—2. Rippe in nahezu ganzer Ausdehnung mit den Weichteilen und der Scapula in zwei Sitzungen; Dekortikation der Lunge. Heilung bis auf einen Defekt von Handtellergröße in der Axillarlinie am Diaphragma. — Als Schnitt wird der ursprünglich von Schede angegebene U-förmige empfohlen, weil er den größten Überblick über die Empyemhöhle gewährt und eine vollständige Entfernung der meist auch starren interkostalen Weichteile gestattet. Die Resektion des unteren Scapulardreiecks, die allerdings den Nachteil hat, daß sie, wenn auch nur geringe, Bewegungsstörungen im Arm hinterläßt, ist in allen den Fällen nötig, wo die Empyemhöhle

sich bis in die Pleurakuppe erstreckt und dort noch eine beträchtliche Tiefe besitzt. Man verfährt zweckmäßig so, daß man die Scapula aus ihren Weichteilen auslöst und mit den letzteren, die nach innen und oben umgeschlagen werden, die Pleurakuppe ausfüllt. — Die Dekortikation der Lunge hat unter Umständen große Gefahren und kann in den meisten Fällen entbehrt werden. Unbedingt notwendig ist sie dagegen bei tuberkulösen Empyemen, weil nur so alles Kranke entfernt werden kann, und verklebungsfähige Wundflächen geschaffen werden. — Indikation zur Thoraxresektion bilden diejenigen Fälle, bei denen eine Verkleinerung der Empyemhöhle mit anderen Mitteln (Perthes'scher Apparat usw.) nach längerer Anwendung nicht eintritt und bei denen vollkommen starrwandige Höhlen vorliegen. Eine Kontraindikation zur Resektion besteht, wenn gleichzeitig die Lunge der anderen Seite erkrankt ist.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Jordan (Heidelberg) bespricht seine an 11 Fällen von Thoraxresektion gewonnenen Erfahrungen, empfiehlt die Schede'sche Lappenbildung und befürwortet die Kombination der Schede'schen Operation mit der Delorme'schen Entrindung der Lunge, die er bisher 3mal ausgeführt hat. Die Resektion der Scapula soll möglichst vermieden werden, da dieselbe zu Beeinträchtigung der Armfunktion führt.

Bei tuberkulösen Empyemfisteln soll die Indikation zur Operation nur mit großer Reserve gestellt werden. (Selbstbericht.)

v. Büngner (Hanau) hat 8 Fälle nach Schede operiert, davon 3 mit Tuberkulose. 1 starb, die anderen wurden geheilt. Ferner sah v. B. eine Schußverletzung der Brust, wo der Einschuß im rechten zweiten Interkostalraum in der Achsel saß und an der dritten linken Rippe austrat. Es entstand doppelseitiger Pneumothorax und allgemeines Emphysem. v. B. machte einen Okklusivverband und Sauerstoffinhalationen. Pat. wurde geheilt.

Rehn (Frankfurt) hält die Delorme'sche Operation weder für leicht noch gefahrlos. Er sah Embolie des Gehirns und Bronchialfisteln danach auftreten. Jaffé (Hamburg).

Perthes (Leipzig): Es ist möglich, unter den Fällen von veraltetem Empyem diejenigen, welche sich für die Behandlung mit dem von P. angegebenen Aspirationsverfahren eignen, durch vorherige Prüfung der Entfaltungsfähigkeit der Lunge zu erkennen. Man bestimmt 1) die Größe der Empyemhöhle durch Einfließenlassen von Flüssigkeit, wendet dann Aspiration an und bestimmt 2) die Menge der abgesaugten Flüssigkeit. Wenn die gesamte eingespülte Menge bei der Aspiration wieder abfließt, wenn also die Höhle unter Aspiration durch Aneinanderrücken der Wände verschwindet, so eignet sich der Fall für die Aspirationsbehandlung. (Selbstbericht.



Garrè (Königsberg). Die Tamponade bei Pneumothorax kann nur bei unverletzten Lungen wirken. Sonst ist es besser, weit zu eröffnen und künstlichen Pneumothorax zu machen.

König (Altona) betont, daß bei der Delorme'schen Operation oft die Spaltung der Schwarte bis auf die Lunge genügt.

v. Bramann (Halle) empfiehlt bei Pneumothorax und unverletzter Lunge die von Tiersch für Empyem angegebene Drainagevorrichtung.

Franke (Braunschweig) sah nach Pneumopexie einen Einriß der Lunge entstehen.

Ringel (Hamburg) hält die Schulterblattresektion nicht immer für entbehrlich, die Operation stets einzeitig zu machen für gefährlich, und die Delorme'sche Operation nur geeignet bei Tuberkulose der Pleura.

Jaffé (Hamburg).

---

29) **Schwerin** (Berlin). Operative Behandlung einer Stichverletzung des rechten Herzvorhofes mit Krankenvorstellung.

Der Pat. erlitt am 2. Mai 1902 einen Stich in die Brust, weswegen er 3/4 Stunde später im Krankenkaus eingeliefert wurde. Derselbe war pulslos, Kampferinjektionen und Kochsalztransfusion hatten keine merkbare Einwirkung. Urin und Stuhl wird unter sich gelassen. Im vierten Interkostalraum eine 6 mm lange, nicht blutende Wunde. Dämpfung des Herzens nach rechts bis über die Mitte des Sternums verbreitert. Resektion der vierten und 2 cm des Rippenknorpels der fünften Rippe. Die durchstochene linke Lunge fest am Sternum verwachsen. Ihre Ablösung erst möglich durch die vom Zwerchfell an der Hinterfläche heraufgeführte linke Hand. Spaltung des Perikards, welches mit Péans angezogen wird. Beim Hervorrollen des rechten Herzens unter dem Sternum wird ein bleistiftdicker Blutstrahl in leichtem Bogen emporgeschleudert. Herz durch eine durch die Spitze gelegte Fadenschlinge angezogen, wodurch die Wunde im rechten Vorhof sichtbar wird. Digitalkompression und drei Seidenknopfnähte. Perikard an die Muskulatur genäht. Tamponade derselben und der Pleura. Heilung kompliziert durch Pyoperikard, Empyem und Pneumonie. Pat. arbeitet jetzt ohne jede Beschwerde als Schlosser.

(Selbstbericht.)

---

30) **Noll** (Hanau). Schußverletzung des Herzens.

N. stellt einen Fall von Schußverletzung des Herzens vor, welcher durch die Naht einer den linken Ventrikel perforierenden Wunde geheilt ist.

Die Verletzung (Conamen suicidii) fand am 10. September v. J. mittels eines Revolvers, Kaliber 7 mm statt. Die Verletzte, ein 17jähriges Fräulein, sah N. 1½ Stunde nach dem Vorfall im Zustand höchster Atemnot. Respiration 30, Puls 74, aber alle Viertel-

minuten auf die Dauer von vier Schlägen völlig aussetzend. Herzdämpfung klein, lateralwärts undeutlich. Über der mittleren und oberen Partie der linken Lunge der Perkussionsschall tympanitisch, über der unteren Partie gedämpft. Herztöne rein, daneben ein anhaltendes, eigentümliches Strudelgeräusch hörbar.

Da nach dem Befund und der Richtung des Schußkanals eine gefahrdrohende Blutung aus einer Herzwunde angenommen werden mußte, entschloß sich N. zur sofortigen Freilegung des Herzens, um die Blutung gegebenenfalls durch Herznaht zu stillen.

Ein schlitzförmiger Schußkanal durchdrang im V. Interkostalraum die Brustwand, dann den Herzbeutel und schließlich die vordere Wand des linken Ventrikels. Die Fixierung des Herzens während der Naht geschah mittels eines Péan, mit welchem das Herz an seinem Pericardium viscerale dicht unterhalb der Art. coron. gefaßt wurde. Die Anlegung der Naht gelang auf diese Weise ohne alle Schwierigkeit. Der Herzbeutel wurde mittels steriler Gaze drainiert, diese Drainage aber nach 24 Stunden wieder entfernt. In den ersten Tagen nach dem Eingriff hat ein sehr frequenter Puls und sehr beschleunigte Atmung bestanden. Trotz sorgfältigster Nachbehandlung trat ein zirkumskriptes, abgesacktes Empyem ein, welches erst nach Verlauf von 28 Tagen völlig ausheilte.

Seit nunmehr über sechs Monate ist die Verletzte völlig gesund und arbeitsfähig. Ihre Herztätigkeit, wie ihre Atmung sind vollständig regelmäßig. Eine abnorme Erschütterung der Thoraxwand, oder Einziehung derselben während der Herzbewegungen ist nicht vorhanden.

N. hält zum Schluß alle Vorschriften für typische Voroperationen bei Herzverletzungen, welche ihren Weg durch die vordere Thoraxwand genommen haben, für unnötig und größere Resektionen am Sternum zu diesem Zweck im Hinblick auf die Gefahren des doppelseitigen Pneumothorax für bedenklich. Er ist der Ansicht, daß die Resektion von 1, 2 oder 3 Rippenstücken und das darauf benutzte Anziehen des gespaltenen Herzbeutels gegen die vordere Thoraxwand, wie es Rehn angegeben, einen hinlänglichen Überblick über die Vorderfläche des Herzens gewähre. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Wolf (Köln) berichtet über einen Fall von Herznaht mit Resektion des vierten und fünften Rippenknorpels wegen einer Stichverletzung. Er spaltete den Herzbeutel und zog das Herz aus dem Thorax, wobei sich ein 2 cm langes Loch im rechten Ventrikel fand, das genäht wurde. Das Herz wurde reponiert. Trotz Jodoformtamponade starb Pat. 14 Tage später an Empyem, in dem W. überhaupt die größte Gefahr der Operation erblicken möchte. Jaffé (Hamburg).

Barth (Danzig) hat im vorvorigen Jahre 3mal Gelegenheit gehabt, die Herznaht bei Stichverletzung des Herzens auszuführen,

und zwar 1mal bei Verletzung des rechten und 2mal bei solcher des linken Ventrikels. Ersterer Fall starb am vierten Tage an Perikarditis und doppelseitiger Pleuritis, die beiden anderen Kranken genasen. Aus seinen Beobachtungen und aus dem Literaturstudium hat B. folgende Gesichtspunkte über die Behandlung der Stichverletzungen des Herzens gewonnen.

1) Es ist nicht ratsam, sich auf eine bestimmte präliminare Operation zur Freilegung des Herzens festzulegen, namentlich ist es zwecklos, auf Schonung der Pleura hierbei bedacht zu sein, da die Pleura fast ausnahmslos verletzt ist. Die beste Methode ist es, die äußere Wunde bei Verdacht einer Herzverletzung zu erweitern, dem Stich nachzugehen und dann nach den gegebenen Umständen zu verfahren. In einem Falle kam B. mit der Resektion einer Rippe aus, in einem anderen resezierte er Rippenknorpel und Sternum osteoplastisch von links nach rechts und das andere Mal von rechts nach links, weil die rechte Pleura verletzt war.

2) Es empfiehlt sich, Asepsis der Wunde vorausgesetzt, den Herzbeutel nach erfolgter Herznaht durch die Naht vollständig zu schließen. Man vermeidet so am besten ausgedehnte Verwachsungen des Herzens mit dem Herzbeutel. Wie folgenschwer solche Verwachsungen sind, zeigt der von Herrn Schwerin vorgestellte Fall, der schon jetzt die von Herrn Brauer beschriebene diastolische Einziehung des Thorax deutlich erkennen läßt. Der erste von B. operierte Fall war ebenfalls mit Tamponade des Herzbeutels behandelt. Es kam zu einer serösen Sekretverhaltung hinter dem Tampon und nach Entfernung desselben zu einer fibrinösen Perikarditis, die für den letalen Ausgang mit verantwortlich zu machen ist. In den beiden übrigen Fällen wurde der Herzbeutel vollkommen geschlossen, und der Verlauf war ein glatter.

3) Die Herznaht soll bei Stichverletzungen ausgeführt werden, auch wenn keine momentane Lebensgefahr besteht. Denn wenn auch nach der Statistik von G. Fischer 10% der Herzverletzten ohne chirurgische Hilfe durchkommen, so sind doch aus der Literatur mehrere Fälle bekannt, in denen nach scheinbarer Heilung nach Wochen oder Monaten der Tod eintrat. Es hatte sich ein Herzaneurysma ausgebildet, welches durch Berstung zu sekundärer Blutung und zum Tode führte. Ähnliches ist nach Heilung durch Herznaht nicht beobachtet worden. (Selbstbericht.)

Rehn (Frankfurt) warnt vor zu brüskem Hervorziehen des Herzens mit Kugelzangen. Der von ihm operierte Fall sei bis heute gesund geblieben.

König (Berlin) meint, man müsse eine bestimmte Methode der Herznaht feststellen. Auch an der Hinterseite des Herzens, nicht nur vorn, können Herzverletzungen vorkommen.

Jaffe (Hamburg).

31) **L. Brauer** (Heidelberg). Die Kardiolysis und ihre Indikationen.

Vor einem Jahre gab Vortr. unter dem Namen der Kardiolysis eine Methode bekannt zur chirurgischen Behandlung der chronischen, adhäsiven Mediastino-Perikarditis. Bei dieser Erkrankung werden das Herz, das Perikard sowie die großen Gefäße durch Verwachsungsstränge an die Nachbarorgane (Sternum, hinteres und vorderes Mediastinum, Zwerchfell und Lungen) angeheftet. Je nach der Lage und Festigkeit dieser Adhäsionen resultieren verschiedenartige Symptomenkomplexe; häufig werden die Herzbewegungen auf die Nachbarorgane übertragen, oder es findet eine Behinderung der Herzaktion resp. der Entleerung des Blutes durch die großen Gefäße statt.

Vortr. beobachtete drei hierher gehörige Fälle. Dieselben boten folgende Erscheinungen dar: Es bestanden Pleuraschwarten in verschiedener Ausdehnung, subjektive und objektive Zeichen ziemlich beträchtlicher Herzinsuffizienz, Stauungslebercirrhose mit Aszites, Dyspnoe, in einem Falle Cyanose und endlich am Herzen Erscheinungen, die darauf zurückzuführen waren, daß das Herz bei jeder Systole, dank der vorhandenen Verwachsungen, die vordere Brustwand in größerer Ausdehnung einzog und alsdann während der Diastole wieder vorfedern ließ. Derartige Kranke gehen erfahrungsgemäß nach verschieden langer Zeit an ihrem Leiden zugrunde, und zwar erstens deswegen, weil sich meistens gleichzeitig anderweitige Störungen, z. B. Myokarditis, finden, zweitens aber und hauptsächlich deswegen, weil das Herz nicht befähigt ist, auf die Dauer die ungeheure Mehrarbeit zu leisten, mit jeder Systole den elastischen, knöchernen Thorax einzuziehen.

Vortr. machte daher den Vorschlag: Man möge durch Sprengung des knöchernen Rippenringes das Herz funktionell entlasten. Dieses Ziel solle nicht erreicht werden durch die tief eingreifende Operation einer ausgedehnten Lösung der Verwachsungen selbst, sondern dadurch, daß man dem Herzen statt der natürlichen, knöchernen Decke eine weiche Bedeckung schaffe. Die Herren Prof. Petersen und Dr. Simon führten in dankenswerter Weise diese Operation aus. Das Resultat entsprach den Erwartungen. Bei allen drei Kranken trat eine ganz wesentliche Besserung der Herzarbeit ein. Die vorhandenen Ödeme, Dyspnoe, Cyanose, sowie auch der in allen drei Fällen vorher nachweisliche Aszites schwanden. Daß der weiche, das Herz deckende Lappen nach wie vor mit jeder Systole eingezogen wird, ist, da eine Durchtrennung der Verwachsungen selbst nicht vorgenommen wurde, selbstverständlich. Zur Operation eignen sich diejenigen Fälle, bei welchen sich zeigen läßt, daß die Verwachsung dem Herzen eine unnötige Mehrarbeit durch Zerrung und Mitbewegung der vorderen Brustwand auferlegt. Zwei der Pat., welche in dieser Weise behandelt waren, werden vorgeführt. Der dritte

Pat. war, nachdem auch bei ihm zunächst die Beschwerden wesentlich gebessert waren, der zufälligen Komplikation einer Broncho-Pneumonie erlegen. Das Präparat, welches die ausgedehnten Schwartenbildungen und die festen Verwachsungsstränge erkennen ließ, lag zur Demonstration auf. Zahlreiche Kurven illustrierten die Form der für die Mediastino-Perikarditis charakteristischen Brustwandbewegung und lehren, diese von anderweitigen abnormen, pulsatorischen Bewegungen der Brustwand zu unterscheiden. Die Aufnahmetrommel, welche dieses in einfacher Weise zu analysieren ermöglicht, wird gezeigt. **(Selbstbericht.)**

Diskussion.

Simon (Heidelberg) fügt den Ausführungen des Herrn Brauer eine kurze Bemerkung hinzu. Es war von vornherein klar, daß in diesen Fällen die Narkose große Schwierigkeiten bieten würde. Es wurde deswegen versucht, in dem ersten Falle mit lokaler Anästhesie vorzugehen. Sobald die Operation aber begann, hatte Pat. derartige Beschwerden und Schmerzen, daß wir zur allgemeinen Narkose übergehen mußten. Deswegen wurde in dem zweiten Falle mit allgemeiner Narkose begonnen, und zwar mit Chloroform aus Furcht, daß Äther bei diesen Fällen Pneumonie erzeugen könnte, da die Lunge schon komprimiert und durch Überfüllung des kleinen Kreislaufs stark kongestioniert war; wir mußten aber in der Mitte der Operation wegen Herzschwäche zu Äther übergehen. Die Operation verlief dann vollkommen glatt. In dem dritten Falle nahmen wir von vornherein Äther. Die Operation verlief auch hier glatt, ohne Störung, wir haben aber nach der Operation eine Zeitlang leichte Bronchitis gefunden, die darauf hindeutet, daß der Äther doch eine stärkere Kongestion der Lunge hervorgerufen hat.

Was die Operationen selbst betrifft, so gingen wir im ersten Falle nur mit Rippenresektion vor, in den zwei anderen Fällen, weil wir glaubten, daß dies nicht genüge, um die Thoraxfederung aufzuheben, resezierte ich einen Teil des Sternums 4—5 cm breit. Zuerst wurde ein Hautmuskellappen mit der Basis auf der rechten Seite gebildet, dann wurden links 2 oder 3 Rippen reseziert und das Sternum oben und unten in der gewünschten Ausdehnung mit der Stichsäge durchtrennt, nachher nach oben umgebrochen und hinterher noch das hintere Periost des Sternums entfernt. Dieser Teil der Operation, die Entfernung des hinteren Periosts, was um Knochenneubildung zu verhindern absolut notwendig ist, und die Loslösung desselben von dem Herzbeutel bieten die größte Schwierigkeit, weil sich hier stärkere Verwachsungen vorfinden.

Nach der Resektion mußte eine exakte Blutstillung vorgenommen werden. Ich ging im dritten Falle so vor, daß ich Umstechungen zentral an der Interkostalarterie anlegte, weil wir im ersten Falle Hämatombildung bemerkt und die Wunde wieder hatten öffnen müssen. Wenn man gesehen hat, wie sich die Pat. vor der Opera-

tion befanden, wie starke Zirkulations- und Respirationsbeschwerden sie darboten, und wie sie sich schon unmittelbar bei der Operation, nachdem wir die Sternalresektion ausgeführt hatten, erholten, wie Puls und Atmung besser wurden und die Cyanose sich verlor, und wenn man wieder gesehen hat, welche Fortschritte das gute Befinden nach der Operation machte, wie die Operierten wieder arbeitsfähig wurden und der Aszites und Hydrothorax verschwanden, wird man sich immer leichter zu derartigen operativen Eingriffen entschließen können. Voraussetzung muß nur sein, daß eine genaue Beobachtung vorangegangen, die Diagnose absolut sicher gestellt und der Zustand der Pat. sonst gut ist. Die Herztätigkeit muß man durch Digitalis und Strophanthus regulieren. (Selbstbericht.)

Petersen (Heidelberg) rät, zuerst 3 Rippen fortzunehmen und dann zu entscheiden, ob auch ein Teil vom Brustbein entfernt werden muß. Jedenfalls müsse das Periost fortgenommen werden. Auffallend war der rasche Rückgang des Aszites.

Rehn (Frankfurt), der an dem vorgestellten Falle die Lücke schon wieder verknöchert findet, fragt, wie die anhaltende Besserung trotzdem zu erklären sei?

Brauer (Heidelberg) bestreitet, daß schon wieder knöcherne Heilung eingetreten sein könne. Dazu sei die Zeit seit der Operation — April d. J. — viel zu kurz. **Jaffé** (Hamburg).

---

32) **Freiherr v. Eiselsberg.** Zur Therapie der Dermoide des vorderen Mediastinums.

v. E. berichtet über zwei von ihm operierte Fälle von Dermoid des vorderen Mediastinums. — Im ersten war es nicht möglich den Sack zu exstirpieren; es wurde daher nur das von einer früheren Operation herrührende Fenster der Thoraxwandung vergrößert und äußere Haut mit der inneren Epidermisauskleidung der Cyste vernäht. Es trat eine Infektion der Wunde, wahrscheinlich an der Stelle ein, wo eine exakte Naht der beiden Häute nicht ausführbar war. Pat. starb an wiederholter Nachblutung aus der Gegend der V. mammaria interna. Die Sektion ergab ein Dermoid bigerminalen Ursprungs und zeigte vor allem, daß die Totalexstirpation des Sackes ausführbar gewesen wäre.

Im zweiten Falle konnte das über kopfgroße Dermoid nach Resektion von zwei Rippen total entfernt werden. Die große Wundhöhle, in dessen Tiefe der Herzbeutel und die hochgradig komprimierte Lunge lag, wurde teilweise drainiert bezw. tamponiert. Sofort nach dem Aufwachen aus der Narkose war der Zustand der Pat. ein sehr besorgniserregender durch die enorme Zunahme der Atemfrequenz. Wiederholte Gaben von Morphin besserten dieselbe nur wenig; erst das Vorziehen der kollabierten Lunge und die Fixation

derselben in der Wunde (Pneumopexie) erwirkte eine entschiedene Verbesserung. Später wurde die Rekonvaleszenz durch vorübergehende Arhythmie des Pulses gestört, schließlich erfolgte völlige Heilung. Pat. konnte dem Kongresse in vollkommen hergestelltem Zustande demonstriert werden. Die Untersuchung des Präparates ergab ein reines Epidermoid.

v. E. zeigt noch ein Präparat, welches er der Freundlichkeit des Herrn Prof. Albrecht verdankt: Bei einem 3jährigen Kinde deckte die Obduktion ein faustgroßes Dermoid des vorderen Mediastinums auf, welches sich als ein sarkomatös degeneriertes Teratom (Dermoid bigerminalen Ursprungs) erwies. Hier hätte die Exstirpation des nur lose und mittels dünner Stränge fixierten Tumors nach Resektion von 1—2 Rippen leicht ausgeführt werden können.

Die Fälle v. E.'s erweisen, daß immer die Totalexstirpation zu versuchen ist und man sich durch einige Adhäsionen nicht davon abschrecken lassen darf. In der Literatur sind erst zwei Fälle von mit Erfolg totalexstirpierter Dermoiden des vorderen Mediastinums zu finden (Bastianelli, Bergmann). Der Wert der Pneumopexie bei Pneumothorax — wobei durch mangelnden Halt des Mediastinum auch die andere Lunge in Gefahr kommt, ungenügend ventiliert zu werden — ist besonders von C. Bayer zuerst erkannt, von Murphy in einer vortrefflichen experimentellen Studie festgestellt. Der oben erwähnte zweite Fall hat den Nutzen der Pneumopexie vollauf erwiesen. Außer der Pneumopexie kommt noch die völlige luftdichte Naht der Wunde in Betracht, um die baldige Ausdehnung der durch den Pneumothorax in ihrer Funktion ausgeschalteten Lunge zu bewirken. (Selbstbericht.)

---

33) G. Muskat (Berlin). Über einen Fall von abnorm beweglicher Bauchmuskulatur.

Ein gesunder, kräftiger Mann zeigt die Fähigkeit, die Muskeln des Bauches in abnormer Weise zu bewegen, und zwar nicht nur in ihrer Totalität, sondern auch beliebig isoliert und in die einzelnen Partien zerlegt. Durch kräftigen Druck werden die Baucheingeweide in die Brusthöhle gepreßt, der Bauch ist abgeflacht, die Brusthöhle um ca. 14 cm erweitert. Eine Hernie des Zwerchfells ist nicht vorhanden. Auf dem Röntgenbilde fällt der vergrößerte Herzschatten auf. Dem entspricht auch der perkutorische Befund — Herzdämpfung kaum nachweisbar. Leberdämpfung nicht nachweisbar. Rippen verlaufen gestreckter, ihre Zwischenräume erheblich erweitert, so daß der Eindruck eines emphysematösen Thorax entsteht. Dabei ist Sprache und Atmung bis auf den rein kostalen Charakter völlig unverändert. Diese Haltung kann stundenlang beibehalten werden.

Mit enorm großer Kraft, selbst den vereinten Anstrengungen mehrerer Männer trotzend, werden dann die Bauchmuskeln hervor-

gewölbt und in wellenförmige Bewegungen gesetzt. Der M. obliquus wird jederseits isoliert kontrahiert, ebenso der M. rectus abdominis. Dieser in drei Abschnitte geteilte Muskel wird in verschiedenster Weise bewegt. Der untere Teil ist angespannt, flach, eingezogen, die oberen Teile werden kugelförmig herausgepreßt. Oder obere und untere Partie wird hervorgewölbt, so daß der Leib Sanduhrform annimmt, und die palpierende Hand in der Grenzpartie die Wirbelsäule findet. Die Bedeutung dieser Bewegungen scheinen mir darin zu liegen, daß es durch Übung und Geschicklichkeit möglich ist, Muskeln, die gewöhnlich nur in ihrer Komplexwirkung tätig sind, in ihre Komponenten und Teile zerlegt arbeiten zu lassen, ein Moment, das bei der Frage der funktionellen Anpassung transplantierter Sehnen von Wert ist, über welches auch auf dem diesjährigen Orthopädenkongreß diskutiert wurde. (Selbstbericht.)

34) **H. Küttner** (Tübingen). Über die perforierenden Lymphgefäße des Zwerchfells.

K. berichtet an der Hand zahlreicher Präparate und Abbildungen über seine an 20 menschlichen Leichen ausgeführten Untersuchungen über die Lymphbahnen des Zwerchfells. Diese Lymphgefäße sind wegen ihrer Wichtigkeit für die Ausbreitung pathologischer Prozesse schon oft Gegenstand der Diskussion gewesen; im Vordergrund stand die Frage, gibt es perforierende Lymphgefäße, welche eine Verbindung zwischen Brust- und Bauchhöhle vermitteln. Bei Tieren sind diese Bahnen seit längerer Zeit bekannt, beim Menschen wies zwar die klinische Erfahrung auf ihre Existenz hin, doch hat man sie neuerdings mit aller Sicherheit geleugnet.

K. hat nun die Frage zuerst auf dem Wege der physiologischen Injektion zu lösen versucht, indem er lebenswarmen, menschlichen Leichen gefärbte und verflüssigte Gelatinemasse in die Aushöhlung des Zwerchfells goß und dann von der Trachea aus mittels Gummigebläses bis zu 2 Stunden lang künstliche Atmung unterhielt. Der Erfolg war ein vollkommen negativer, ganz im Gegensatz zu wohlgelungenen Versuchen am Kaninchen. So einfach wie beim Tier konnten also die Verhältnisse beim Menschen nicht liegen. Es wurde dann zum gewöhnlichen Injektionsverfahren übergegangen, und dabei hat sich auch herausgestellt, warum die derzeitigen Kenntnisse von den Lymphbahnen des Zwerchfells noch lückenhaft sind. Die Injektion ist nämlich, besonders am Bauchfellüberzuge des Diaphragma, ungewöhnlich schwierig.

Die Resultate der Untersuchungen werden in folgenden Sätzen zusammengefaßt:

Beide Zwerchfellflächen, sowohl die obere wie die untere, sind außerordentlich reich an Lymphbahnen. Am Zwerchfell-Peritoneum liegen sie sogar in mehreren dichten Geflechten übereinander, daher die enorme Resorptionsfähigkeit gerade dieses Bauchfellabschnittes.

Jede Diaphragmahälfte ist ein geschlossenes Lymphgebiet, da die eigentlichen Netzwerke nicht von einer auf die andere Seite übergehen; nur durch einzelne der Medianlinie nahe gelegene Lymphdrüsen wird eine gewisse Verbindung hergestellt. Dagegen kommunizieren die Lymphgefäße des Zwerchfells ausgiebig mit denen des parietalen Peritoneum und Pleurablattes und gestatten so pathologischen Prozessen der beiden letzteren, kontinuierlich auf das Diaphragma überzugreifen.

Besondere Verhältnisse bieten die Abflußwege der Zwerchfelllymphe. Es liegen nämlich die regionären Lymphdrüsen an der Brustfläche ausschließlich auf der vorderen Hälfte, an der Bauchfläche nur unter der hinteren Hälfte des Diaphragma. Da nun vorderen wie hinteren Drüsen die Lymphe aus fast allen Abschnitten der betreffenden Zwerchfellhälfte zufließt, so muß ein großer Teil der abführenden Gefäße, um die Drüsen zu erreichen, das Zwerchfell durchbohren. Es gibt sogar Lymphgefäße, welche das Diaphragma zweimal durchsetzen, einmal, um von der Bauch- in die Brusthöhle zu gelangen, das zweite Mal, um zu ersterer zurückzukehren. Zahl und Verlauf der perforierenden Lymphgefäße wird an Präparaten und Tafeln demonstriert und gezeigt, daß das Zwerchfell sowohl in der Richtung vom Peritoneum zur Pleura, als auch umgekehrt von der Brust- zur Bauchhöhle Lymphgefäße durchtreten läßt, ferner, daß auch die eigentlichen Lymphgefäßnetze der oberen und unteren Zwerchfellfläche vielfach mit einander kommunizieren.

Aus diesen Befunden ergibt sich zunächst, daß für die Bewegung der Zwerchfellymphe, da sie in beiden Richtungen erfolgt, der wechselnde Kontraktionszustand der Diaphragmamuskulatur von größerer Bedeutung ist, als die Druckdifferenz zwischen Brust- und Bauchhöhle. Weiter aber ist der sichere Nachweis zahlreicher perforierender Lymphgefäße von Interesse für die Deutung mancher pathologischer Vorgänge. So findet man, was Körte auf dem Chirurgenkongreß 1902 besonders betonte, als häufige Begleiterin des subphrenischen Abszesses die gleichseitige Pleuritis, welche, wie auch die Pleuritis nach eitriger Bauchfellentzündung, meist milderen Charakter trägt als das subphrenische Exsudat. Bei seinem Durchtritt durch das Diaphragma wird der Eiter gleichsam filtriert, das Filter sind die perforierenden Lymphgefäße, deren sich wie überall so auch hier die Eitererreger mit Vorliebe zur Weiterverbreitung bedienen. Auch die Beobachtung von Maydl und Körte, daß intraperitoneale subphrenische Abszesse zwar seltener in die Brusthöhle durchbrechen als extraperitoneale, dagegen häufiger mit Exsudaten in der Pleura einhergehen, steht mit K.'s anatomischen Befunden im Einklang; denn die reichen Lymphgefäßnetze, welche auch ohne Durchbruch die Infektion zu übertragen vermögen, finden sich nur auf dem »intraperitonealen« Zwerchfellabschnitt.

Aber auch die in der Richtung von der Brust- zur Bauchhöhle perforierenden Lymphgefäße dienen der Fortleitung von Infektionen, wie z. B. Körte's Fälle von subphrenischem Abszeß nach Thoraxempyem schließen lassen. Daß diese Verbreitung jedoch so viel seltener beobachtet wird als die umgekehrte, hat seinen Grund in der großen Widerstandskraft des Peritoneums im Gegensatz zu der leichten Infizierbarkeit der Pleura und in der Einfachheit des Nachweises von Pleuraexsudaten gegenüber der schwierigen Diagnose selbst größerer Bauchhöhlenergüsse, welche klinisch ganz in den Hintergrund treten können gegen die stürmischen Erscheinungen einer Eiterung im Brustraum.

Zum Schluß erörtert K. die Beziehungen der Lymphgefäße des Zwerchfells zu denen benachbarter Organe. Nach seinen Befunden tritt besonders die Leber in ausgiebige Lymphgefäßverbindung mit dem Zwerchfell. Starke Stämme — übrigens schon Mascagni bekannt — verlaufen im Lig. falciforme, durchbohren das Diaphragma nahe seiner vorderen Insertion und ziehen, den Vasa mammaria folgend, selten zur rechten, fast immer zur linken Fossa supraclavicularis. Münden sie hier in Lymphdrüsen (Demonstration an Präparaten), so darf wohl angenommen werden, daß die bekannten Drüsenmetastasen abdominaler Karzinome in der linken Oberschlüsselbeingrube häufiger auf diesem direkten Wege zustande kommen, als auf dem Umwege durch die retrovisceralen Drüsen. Zahlreich sind auch die Lymphgefäße, welche vom Lig. coronarium und triangulare der Leber zum Zwerchfell in Beziehung treten. Ein Teil passiert nur die untere Diaphragmafläche, ein anderer aber durchbohrt das Zwerchfell, um in die Drüsen neben der Vena cava zu münden oder unter der Pleura zu den vorderen Zwerchfelldrüsen zu gelangen. Besonders ist es, wie an Präparaten demonstriert wird, die rechte Pleura diaphragmatica, unter und in der die Leberlymphbahnen sich ausbreiten, und damit hängt wohl auch die Tatsache zusammen, daß bei diffuser eitriger Peritonitis 5—10mal so häufig rechtsseitige als linksseitige Pleuritis beobachtet wird.

(Selbstbericht.)

---

35) **M. v. Brunn** (Tübingen). Über Pneumokokkenperitonitis.

Verf. entwirft ein Bild von dem klinischen Verhalten der Pneumokokkenperitonitis, deren Verlauf er für so typisch hält, daß es in vielen Fällen schon vor der bakteriologischen Untersuchung allein nach der klinischen Eigenart möglich ist, die Diagnose zu stellen. Charakteristisch ist, daß nach Erscheinungen einer akuten Peritonitis unter Rückgang der stürmischen Symptome ein Erguß im Abdomen zurückbleibt, der die Neigung hat, sich im Meso- und Hypogastrium abzukapseln. Betroffen sind hauptsächlich Kinder, und zwar ganz überwiegend Mädchen. Man kann zwei Stadien unterscheiden, ein

akutes und ein chronisches. Im akuten Stadium sind Fieber, Schmerzen im ganzen Leib, Erbrechen und in der Regel Diarrhöe vorhanden, letztere ein Unterscheidungsmerkmal gegen Appendicitis. Im chronischen Stadium ist das subjektive Allgemeinbefinden oft auffallend gut. Der Ernährungszustand geht aber allmählich zurück, nur das Abdomen wächst infolge einer zunehmenden Eiteransammlung, die aber als solche häufig lange Zeit nicht erkannt wird, da das Abdomen nicht erheblich druckempfindlich und die Temperatur verhältnismäßig niedrig ist. Das Exsudat, geruchloser, grünlich-gelber, fibrinreicher Eiter, kapselt sich mit Vorliebe in der Nabelgegend ab und hat große Neigung, hier durchzubrechen, wonach Spontanheilung möglich ist. Die Prognose bei operativer Behandlung ist sehr günstig. Die relative Gutartigkeit dürfte auf eine sehr frühzeitige Abgrenzung des Entzündungsherdes infolge des charakteristischen Fibrinreichtums der Pneumokokkenexsudate und auf die sehr labile Virulenz des Pneumokokkus zurückzuführen sein.

Von diagnostischen Irrtümern sind im akuten Stadium Verwechslungen mit Typhus und Appendicitis, im chronischen mit tuberkulöser Peritonitis am häufigsten vorgekommen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Rehn (Frankfurt) nennt als Beitrag zur Ätiologie der akuten Peritonitis die von Graser beschriebenen sog. falschen Darmdivertikel der Flexura sigmoidea. Diese Divertikel benutzen den Weg der Gefäße, um nach außen zu treten.

R. operierte einen Mann, der mit Darmbeschwerden, plötzlich aufgetretenen heftigen Leibschmerzen und Kollaps erkrankt war. Bei der Laparotomie fand R. den Wurmfortsatz gesund, dagegen an der Flexur eine vereiterte Appendix epiploica. R. legte einen Anus praeternaturalis an und machte später die Darmnaht. Heilung.

Federmann (Berlin) sah bei einem an eitriger Peritonitis verstorbenen Manne bei der Sektion 14 Divertikel des Dickdarmes an der Flexur, von denen eins geplatzt war und Ursache der Peritonitis geworden.

v. Beck (Karlsruhe) sah 4 Fälle von Pneumokokkenperitonitis, 2 nach Appendicitis, 2 nach Cholecystitis gangraenosa. Nach seiner Erfahrung ist grüngelber Eiter nicht charakteristisch für Pneumokokkenperitonitis.

v. Bramann (Halle) operierte einen Fall von scheinbarer akuter Epityphlitis mit gleichzeitiger Pneumonie. Der Wurmfortsatz war zwar gerötet, doch bestand kein Zeichen von Peritonitis. Der Pat. erlag seiner Pneumonie.

Küster (Marburg) macht als Symptom der Pneumokokkenperitonitis auf Perforation des Darmes durch den Nabel aufmerksam.

Jaffé (Hamburg).



36) **Federmann** (Berlin). Über die Bedeutung der Leukocytenuntersuchung bei Perityphlitis.

F. berichtet über Leukocytenuntersuchungen aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Moabit (Geh.-Rat Sonnenburg). Es wurden ca. 150 Fälle von mehr oder weniger akuter Perityphlitis untersucht, chronische Fälle in weit geringerer Zahl. Die Untersuchung geschah täglich mindestens einmal, in wichtigen Fällen mehrmals nach der Thoma-Zeiss'schen Methode. Alle Fälle wurden operiert.

F. legt den Hauptwert darauf, die jeder pathologisch-anatomischen Form der Perityphlitis eigentümliche typische Leukocytenkurve festzustellen. Nicht die einmalige Zählung hat eine Bedeutung, sondern die Leukocytenkurve. Die Leukocytose ist aufzufassen als Reaktion des Organismus auf den eingedrungenen Giftreiz. Sie wird bestimmt durch die Giftintensität einerseits und die Reaktionskraft des Organismus andererseits. Als dritter wichtiger Faktor kommen die örtlichen Bedingungen in Betracht, unter denen die Infektion zur Einwirkung gelangt. Da sich bei der Perityphlitis die Entzündung am Peritoneum, einem höchst empfindlichen Organ, abspielt, so erklärt sich hierdurch die Feinheit der Reaktion bei dieser Krankheit, aber auch die Notwendigkeit, die Beteiligung des Peritoneums neben den Veränderungen an der Appendix zur Grundlage und zum Einteilungsprinzip zu wählen.

F. unterscheidet demnach eine Appendicitis simplex mit serösfibrinöser Exsudation, eine zirkumskript-eitrige Peritonitis (Appendicitis perforativa) und eine freie fortschreitende Peritonitis (Appendicitis gangraenosa).

I. 25 Fälle von Appendicitis simplex mit sero-fibrinöser Exsudation in der Umgebung wurden untersucht. Es handelte sich stets um einfach katarrhalische Veränderungen oder Empyem des Wurmfortsatzes. Die Appendicitis symplex geht stets in den ersten 2 bis 3 Tagen mit einer Leukocytose einher, die gewöhnlich unter 20 000 liegt, aber auch — besonders bei Empyem — höhere Werte bis zu 28 000 aufweisen kann, wie mehrere Fälle, die sofort operirt wurden, beweisen. Es spricht also selbst eine hohe Leukocytose in den ersten 2—3 Tagen nicht unbedingt für einen eitrigen Prozeß. Stets aber geht die Leukocytose in den ersten 2—3 Tagen parallel der Temperatur zur Norm herab. Perityphlitis im Intervall besteht ohne Leukocytose.

II. Von zirkumskript-eitriger Peritonitis (Appendicitis perforativa) wurden ca. 70 Fälle in den verschiedensten Stadien beobachtet. Die Appendicitis perforativa verläuft unter einer typischen Leukocytenkurve. Sie beginnt mit hoher Leukocytose, zwischen 20 und 30 000, die in der Regel in den ersten 5—6 Tagen auf 10—15 000 absinkt, um dann

a. entweder auf dieser Höhe zu bleiben, wenn der Abszeß in Resorption übergeht oder sich eindickt, oder

b. um allmählicher oder schneller wieder auf 20 000 und darüber anzusteigen, je nach dem langsameren oder rascheren Wachsen des Abszesses.

Die eitrige Peritonitis mit mangelhafter Abkapselung, die ohne frühzeitige Operation zur sogenannten progredient fibrinös-eitrigen Peritonitis führt, weist zwar gleichfalls in den ersten 2 bis 3 Tagen hohe Leukocytenzahlen auf, die aber gewöhnlich am dritten Tage schon auf 15—20 000 absinken, um dann trotz schwerer klinischer Symptome konstant auf dieser niedrigen Zahl zu verharren, die dann als Kollapszahlen aufzufassen und zu beurteilen sind.

Die Kenntnis von dem Vorhandensein einer gesetzmäßigen Leukocytenkurve gibt die Möglichkeit, den Blutbefund zu jeder Zeit richtig zu bewerten. So ist eine selbst sehr hohe Leukocytose in den ersten 2—3 Tagen zwar der Ausdruck einer schweren Infektion, gibt aber an sich keine Indikation zur Operation. Hohe Leukocytose über 20 000 jenseits der ersten 5 Tage bei schweren klinischen Symptomen spricht für rasch wachsenden Abszeß und indiziert sofortige Operation. Hohe Leukocytose ohne bedrohliche klinische Symptome erlaubt 24stündiges Abwarten. Die Entscheidung ist nach Ablauf dieser Zeit je nach dem Stand des dann konstatierten Leukocytenbefundes zu stellen. Eine niedrige oder fehlende Leukocytose jenseits der ersten 5 Tage spricht nicht gegen das Vorhandensein von Eiter und ist deshalb in derartigen Fällen zur Indikationsstellung ohne größeren Wert.

III. Die freie fortschreitende Peritonitis im Anschluß an Gangrän oder akute Perforation des Wurmfortsatzes (Appendicitis gangraenosa) verläuft gleichfalls unter einer typischen Leukocytenkurve. Es wurden 26 Fälle von freier fortschreitender Peritonitis beobachtet. 25 davon wurden operiert, 5 starben. Die Leukocytenzahl wurde in der größten Mehrzahl sofort nach der Aufnahme sorgfältig festgestellt und dann die Operation angeschlossen. Das Stadium der Peritonitis war natürlich ein verschiedenes. Die Zeitdauer seit dem Beginn der ersten peritonitischen Erscheinungen schwankte zwischen 6 Stunden und $4^1/_2$ Tagen. Es wurde aus dem Mittel der jedesmal gefundenen Leukocytenzahl und der Stundenzahl seit dem Beginn der Erkrankung eine Kurve zusammengestellt, welche ergibt, daß bei freier Peritonitis die Leukocytose in den ersten 24 Stunden bereits auf 20—30 000 ansteigt, um in den nächsten 2 Tagen auf dieser Höhe zu bleiben oder noch weiter anzusteigen, die aber vom 4. Tage ab konstant bis zum Tode — gewöhnlich dem 6.—7. Tage — auf 10 000 oder darunter absinkt. Die Leukocytenkurve hat also einen ansteigenden und einen absteigenden Schenkel. Je nach der Infektionsintensität variiert diese Kurve. Der Abfall der Leukocytose ist ein Zeichen für die beginnende Allgemeinvergiftung des Organismus

Je früher die Leukocytose bei schweren Symptomen abfällt, desto schwerer der Prozeß, desto schlechter die Prognose. Deshalb gaben auch die Fälle, die bei hoher Leukocytose operiert wurden, trotz ihrer schweren klinischen Symptome eine gute Prognose; schwere klinische Symptome und niedrige oder fehlende Leukocyten sind ein durchaus schlechtes Zeichen. Alle letalen Fälle (5) wiesen vor der Operation nur 10—12 000 Leukocyten auf, während alle übrigen Fälle mit hoher Leukocytose, auch die, bei denen der Eingriff erst am vierten Tage erfolgte, zur Genesung kamen.

IV. Auch nach der Operation ist die Leukocytenuntersuchung von Wert für die Diagnose der sekundären Peritonitis, des sekundären Abszesses und vor allem des Adhäsionsileus, der ohne oder mit ganz unerheblicher Steigerung der normalen Leukocytenzahl verläuft.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Leukocytenuntersuchung nur bei sorgfältigster Vergleichung mit allen klinischen Beobachtungen und Untersuchungsmethoden, vor allem mit der Temperatur und dem Zeitpunkt der Erkrankung statthaft und wertvoll ist; ohne eine Vergleichung mit diesen ist sie nicht nur wertlos, sondern geradezu irreführend. Die Leukocytose ist ein Symptom der Erkrankung wie jedes andere. Ihr Wert steigt, je weiter der Prozeß über die ersten schweren Erscheinungen hinaus ist. Nicht die einmalige Zählung, sondern die Leukocytenkurve beansprucht die Hauptbedeutung. Im ganzen betrachtet ist die Leukocytenuntersuchung als ein dauernd wertvolles Hilfsmittel in der Diagnose, Prognose und Indikationsstellung der Perityphlitis anzusehen. (Selbstbericht.)

---

37) **Payr** (Graz). Über die sogenannte Frühoperation bei Epityphlitis.

Noch immer sind die Differenzen der Anschauungen über die Behandlung des akuten epityphlitischen Anfalles sehr schroffe. Weder die Parallelstellung der Gründe, die für und wider den prinzipiellen Eingriff gleich am Beginn der Erkrankung sprechen, noch die Statistik waren imstande, eine befriedigende Klarheit in die Sache zu bringen, und man kann nur sagen, daß zur Stunde die Durchführung eines völlig objektiven, unanfechtbaren Vergleichs der Ergebnisse bei prinzipieller, möglichst frühzeitiger Operation aller Fälle, bei Ablehnung der nach 48 Stunden zur Behandlung kommenden und endlich bei rein individualisierender Behandlung nach der jeweiligen Indikationsstellung auf größte Schwierigkeiten stößt. Am nächsten kommt der Wahrheit wohl der Ausspruch Kocher's, wenn er sagt: »Wer die meisten Menschenleben retten will, der mache in jedem Falle akuter Appendicitis resp. Perityphlitis im Anfangs-

stadium die Radikaloperation und beseitige den Infektionsherd unter Verzicht auf primäre Heilung und glänzende Statistik. Nur der Chirurg, der in der glücklichen Lage ist, von den Ärzten zu einer Zeit zu den Kranken gerufen zu werden, wo zwar ein umschriebenes Exsudat an der Appendix, aber nichts von diffuser Peritonitis besteht, wird diesem Ideale der Behandlung sich nähern.«

Die in den ersten 36—48 Stunden seit dem Einsetzen der Erkrankung vorgenommenen Operationen geben im allgemeinen ganz ausgezeichnete Resultate. Dies wird auch von den Gegnern der sogenannten Frühoperation unumwunden zugegeben, und hat sich auch eine ganze Anzahl von deutschen Autoren dahin geäußert, daß sie sofort bereit sind, zu dieser Zeit operativ einzugreifen, wie dies bei den Franzosen und Amerikanern schon seit Jahren üblich ist. Die sich hierbei ergebende Mortalität beträgt etwa 2—3% (Riedel, Payr). Sprengel hat bei einem Versuch einer Statistik der Frühoperation eine Mortalität von fast 20% erhalten — eine Differenz, die so groß ist, daß sie nur durch die Verschiedenartigkeit des zugrunde gelegten Materials erklärt werden kann. Es hat sich in seinen Fällen sicherlich um »schwerste Fälle« gehandelt, die bei mehr oder minder allgemeinen peritonitischen Erscheinungen zur Operation kamen.

Ein zweiter Punkt, der ebenfalls von fast allen Vertretern des chirurgischen Faches, auch den konservativsten, zugegeben wird, ist der, daß es Fälle gibt, die durch ihre topographischen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse unbedingt einen möglichst frühzeitigen Eingriff erheischen.

Die Bestimmung des Zeitpunktes, zu welchem die Operation tatsächlich vorgenommen worden ist, bereitet große Schwierigkeiten; in vielen Fällen am Beginn der ersten Krankheitserscheinungen überhaupt. Darunter versteht man im idealen Sinne den Eingriff der sogenannten Frühoperation. In vielen Fällen aber verbergen sich die ersten Erscheinungen der Krankheit hinter völlig unscheinbaren und harmlosen Symptomen, und es muß der Zeitpunkt des Eingriffes erst vom Moment der vollendeten Perforation gerechnet werden. Am ungünstigsten sind natürlich jene Fälle, bei denen sich erstes Krankheitssymptom und Perforation anscheinend decken; denn da erfolgt der Eingriff natürlich immer erst nach dem gefahrbringenden Ereignis und verschlechtern sich seine Chancen von Stunde zu Stunde. Je größer das Zeitintervall zwischen den ersten diagnostizierbaren Erscheinungen und der Perforation, gleichgültig, ob sie in vorgebildete Adhäsionen oder frei in die Bauchhöhle erfolgt, ob durch Ulzeration oder Gangrän des Wurmfortsatzes erzeugt, um so besser sind die Aussichten des frühzeitigen Eingriffs; denn je größer dieses Intervall ist, um so mehr Aussicht ist vorhanden, daß der Chirurg schon vor, während oder möglichst rasch nach dem erfolgten Durchbruch die Bauchhöhle eröffnet und die verderbenbringende Höhle verstopft.

Diese Dinge hängen in hervorragender Weise von der topographischen Lage, vielleicht mehr als von der jeweiligen pathologisch-anatomischen Form der Erkrankung des Wurmfortsatzes ab.

Bei Lage der Appendix vor dem Coecum bildet das Netz häufig einen schützenden Deckel. Bei der Lagerung zwischen Coecum und Einmündung des Ileums, besonders aber bei Lage an der Außenseite, sind natürliche Rezessus geschaffen, in denen sich in Adhäsionen die Missetaten der Appendix verbergen können. Bei völlig retrocoecaler Lage ist der Prozeß selbst in seinen schwersten Formen so gut von der Bauchhöhle abgegrenzt, daß jede Beteiligung des Peritoneums, wenigstens im klinischen Sinne, fehlen und man nur einen in der rechten Fossa iliaca sich abspielenden Entzündungsprozeß nachweisen kann.

Ganz anders, wenn der Wurmfortsatz bei medial gelagertem Coecum gegen den Nabel, das Promontorium, in die linke Bauchhöhlenseite oder das kleine Becken zieht. Das sind jene Fälle, in denen die typische Dämpfung und Resistenz in der Fossa iliaca dextra fehlt (nach Riedel's Erfahrungen in beinahe der Hälfte der Fälle). Seine Untersuchungen über Grundbedingungen und letzte Ursachen des epityphlitischen Anfalles erklären uns die oft so urplötzlich, ohne deutliches Warnungssignal eintretenden Perforationen.

Es erscheint nach dem Gesagten fast ebenso wichtig, die topographische Diagnose der Lage der Appendix zu machen, als die Art und Schwere ihrer jeweiligen anatomischen Erkrankung festzustellen. Wenn es gelingen sollte, dafür untrügliche diagnostische Zeichen zu finden, so wäre das Schicksal der Epityphlitiskranken mehr gesichert als bei der doch nicht in allen Fällen zu erzielenden Erkenntnis des Grades der Wurmfortsatzerkrankungen. Es kann ja gewiß in vielen Fällen das klinische Bild mit der jeweiligen anatomischen Form der Erkrankung in Übereinstimmung gebracht werden. Doch hängt diese Art der Diagnosenstellung so sehr von der persönlichen Erfahrung des einzelnen ab, daß sich nur schwer für die Allgemeinheit geltende Thesen daraus ableiten lassen. Es gibt zweifellos eine Reihe von Epityphlitisformen, bei denen sich die Topographie der Appendix mit ziemlicher Sicherheit feststellen läßt, besonders bei der Lage an der Außenseite des Coecums und hinter diesem. Man könnte nun sagen, die Frühoperation ist nur in jenen Fällen notwendig, in denen durch das Fehlen von greifbaren Symptomen in der rechten Darmbeingrube der Verdacht auf jene prognostisch so ungünstige Lage der Appendix erweckt wird. Dagegen ist einzuwenden, daß sich gerade in der Zeit, in der wirklich bei so ernster Sachlage geholfen werden kann, sehr häufig noch nicht unzweideutige lokale Symptome für die Diagnose der Erkrankungsform entwickelt haben; beim Zuwarten aber verstreicht die kostbare Zeit, und es kommt dann oft wirklich so weit, daß man erst operiert, wenn der Kranke verfallen

aussieht, 120 Pulse hat und nun, wie Riedel sagt, »krank genug zum Operieren ist«.

Sicherer ist es jedenfalls, manchmal bei nur auf den Wurmfortsatz beschränkten Erkrankungen einzugreifen, wodurch man bei Erfüllung der technischen Anforderungen dem Kranken nicht schadet, wohl aber ihn vor der Gefahr eines Rezidivs bewahrt.

Der Vortr. berichtet ferner über neuerliche Erfahrungen bei den in den ersten 48 Stunden seit dem Auftreten der ersten Krankheits-symptome vorgenommenen Operationen, und sind zur ersten Serie der mitgeteilten Fälle 12 neue gekommen. Es ist nicht ohne Interesse, sich darüber Rechenschaft zu geben, welche Erkrankungsformen der Appendix in den ersten zwei Tagen die Indikation für das chirurgische Eingreifen abgeben, und fragt es sich, ob die vorgefundenen Veränderungen am Wurmfortsatz und in seiner Nachbarschaft unser Handeln rechtfertigen oder es als unnötig erscheinen lassen oder endlich kategorisch gebieten.

In acht von den zwölf Fällen handelte es sich um teilweise oder völlige Gangrän des Wurmfortsatzes, in zwei Fällen um eine bereits vollendete Perforation, in einem um eine akute, hochgradige Entzündung des Wurmfortsatzes mit unmittelbar bevorstehender Perforation an der Spitze und endlich in einem Falle um einen im Verlauf von mehreren Attacken entstandenen, fast nußgroßen, fibrösen Tumor an der Spitze der Appendix, in dem sich ein Eiterherd befand, von dem ein neuerlicher Entzündungsprozeß seinen Ausgang nahm. Von den acht Gangränfällen fehlten fünfmal Adhäsionen vollständig; in drei Fällen war die kranke Appendix durch Überlagerung des Netzes geschützt. In acht von den zwölf Fällen waren bereits sehr erhebliche Veränderungen am Bauchfell vorhanden, in dreien die Erscheinungen einer diffusen Peritonitis; ein Fall ging am vierten Tage nach der Operation unter den Erscheinungen von Herzschwäche zugrunde. Es hatte in diesem Falle allgemeine Peritonitis bestanden, waren aber die peritonitischen Erscheinungen zum Teil zurückgegangen. Hochgradiges Vitium und Adipositas cordis waren die Hauptursachen des üblen Ausganges. Sämtliche exstirpierten Wurmfortsätze wurden sofort nach der Operation möglichst naturgetreu in Größe und Farbe wiedergegeben, und werden die Bilder, die ein Urteil über die Schwere der Erkrankung des Organs in der angegebenen Zeit nach dem Einsetzen des Anfalls dartun sollen, demonstriert. Die Zeitdauer der Vornahme des Eingriffes variiert zwischen 10—48 Stunden seit Beginn der ersten klinischen, für die Diagnose verwertbaren Anzeichen der Erkrankung. Diesen zwölf Frühoperationen im Verlauf von etwa zehn Monaten entsprachen etwa 36 Operationen im Anfall nach den ersten zwei Tagen. Es wurden alle innerhalb dieser Zeit eingelieferten Fälle der sofortigen Operation unterzogen. Aber auch alle im späteren Stadium zur Beobachtung gekommenen Fälle wurden ohne Auswahl sogleich operiert (drei Todesfälle).

Die Frühoperation ergibt bei jenen schweren Fällen auch noch zu einer Zeit, da die Perforation beim Fehlen von schützenden Adhäsionen erfolgt ist, glänzende Resultate im Vergleich zu dem, was beim Zuwarten geschieht. Selbst sehr schwere Krankheitserscheinungen in der Fossa iliaca dextra werden durch rechtzeitig ausgeführte Eingriffe mit großer Sicherheit beseitigt. Riedel schätzt die beim frühzeitigsten Eingriff trotzdem verlorenen Fälle auf 1—3%. Eine gewiß unvermeidbare Zahl von Todesfällen wird durch die oben angedeutete ungünstige topographische Lage des Organs bedingt. Selbst wenn sich für diese Fälle eine Mortalität von fast 20% ergeben sollte, würde dies nicht gegen die Frühoperation sprechen, sondern nur auf das Eindringlichste beweisen, daß wir alles daran setzen müssen, die Erkrankung möglichst frühzeitig zu diagnostizieren, um sie zu einem erfolgversprechenden Zeitpunkt der einzig möglichen Behandlung zuzuführen.

In keinem der Fälle stieß Vorschlag und Durchführung der Frühoperation auf irgend welche Hindernisse.

Die Technik des Eingriffes blieb dieselbe, die Vortr. in seiner ersten Publikation über dieses Thema schilderte. Über den neuesten Vorschlag Riedel's, die sogenannte zweizeitige Operation bei purulenter und gangränöser Form der Epityphlitis auszuführen, bot sich keine Gelegenheit, Erfahrungen zu sammeln, indem vorgezogen wurde, bei den zur Frühoperation gekommenen Fällen sogleich die kranke Appendix zu entfernen. Auch bezüglich der nach 48 Stunden zur Behandlung gekommenen Fälle ist zu sagen, daß, wenn es sich nicht um einen sicher im völligen Abklingen befindlichen Anfall handelte, den vor Jahresfrist geäußerten Prinzipien gemäß stets operativ eingegriffen wurde, und sich in keinem Falle Nachteile ans solchem Vorgehen ergaben.

Resumé:

1) Die Statistik der »sogenannten Frühoperation« bei Epityphlitis ergibt zurzeit, da ihr ein außerordentlich verschiedenartiges Material zugrunde liegt, keine einwandsfreien Vorstellungen über die solcherart zu erzielenden Erfolge.

2) Es gibt Fälle, bei denen die Notwendigkeit eines sofortigen operativen Eingriffs von einer immer größer werdenden Zahl von Fachkollegen zugegeben wird.

3) Es sind das vorwiegend jene Fälle, bei denen die kranke Appendix vom Coecum medialwärts zieht und bei schwerer Erkrankung schlechte Bedingungen für die Adhäsionsbildung findet.

4) Ich halte es fast für ebenso wichtig, diese topographische Diagnostik auszubilden, als das klinische Bild mit dem jeweiligen Grade der pathologischen Veränderungen in Einklang zu bringen.

5) Der prinzipielle Eingriff bei allen irgend schwerer einsetzenden Formen der Erkrankung ist das sicherste Mittel, die durch Versagen der Diagnose nach der einen oder anderen Richtung drohenden Unglücksfälle zu vermeiden.

Man entferne also den kranken Wurmfortsatz, bevor er in die freie Bauchhöhle perforiert oder große Abszesse in der rechten Fossa iliaca und im kleinen Becken oder Allgemeinmetastasen erzeugt hat; wenn dies gelungen, so hat man keine Frühoperation, sondern den Eingriff gerade noch zur rechten Zeit gemacht; operiert man nach der Perforation in die freie Bauchhöhle, so sinken die Chancen der Heilung proportional der Entfernung zwischen Durchbruch und heilendem Eingriff, gerade so wie beim perforierten Magengeschwür oder der durchgebrochenen eitererfüllten Gallenblase.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Körte (Berlin) ist nicht prinzipiell gegen die Frühoperation, hält dieselbe in den ersten zweimal 24 Stunden für angezeigt bei schwerer einsetzenden Fällen, welche einen steigenden Verlauf zeigen.

Gegen den Wert der Leukocytenzählung für die Indikationsstellung hat er einzuwenden, daß 1) sehr viele Ausnahmen vorkommen, 2) die Methode gerade bei den ganz akut verlaufenden Fällen im Stich läßt, und 3) endlich die Ausführung der Methode für den praktischen Arzt kaum möglich ist. (Selbstbericht.)

Meisel (Freiburg) zeigt Skiagramme von obliterierten Wurmfortsätzen, in welchen sich infolge von obliterierender Gefäßentzündung Hohlräume gebildet haben. Derartige Wurmfortsätze sollen nach Perforation besonders schwere Eiterungen bedingen.

Sprengel (Braunschweig) hat in seinem Krankenhause durchgesetzt, daß alle Fälle von Blinddarmentzündung bei der Aufnahme gleich auf die äußere Abteilung gelegt werden. Es gibt nach ihm zwei Formen der Appendicitis, die katarrhalische und die eitrige. Die erstere verläuft milde, bessert sich nach 24 Stunden; bessert sich eine Appendicitis nach 24 Stunden nicht, so operiert S. sofort. Die Wunden der Bauchwand werden nicht genäht, sondern offen behandelt. Von der Zählung der weißen Blutkörperchen hält er gar nichts, da sie dazu angetan seien, den Chirurgen von der rechtzeitigen Operation abzuhalten.

Kümmell (Hamburg) warnt davor, zu schablonisieren; in gutartigen Fällen wartet er den akuten Anfall ab und operiert im Intervall.

Riedel (Jena) spricht sich energisch dafür aus, daß 5—10 Stunden nach dem Einsetzen der Leibschmerzen bei jeder Appendicitis operiert werden müsse; dann werden Todesfälle bei Appendicitis überhaupt nicht mehr eintreten. Von der Zählung der weißen Blutkörperchen hält er nichts. **Herhold** (Altona).

Federmann (Berlin) erwidert Riedel und Sprengel, daß Sonnenburg nicht alle Paratyphlitisfälle in den ersten Tagen sieht. Gerade für diese später zur Beobachtung kommenden Fälle hat sich die Leukocytenuntersuchung als sehr wertvoll erwiesen

Jaffé (Hamburg).



38) **Maass** (Berlin). Zur Radikaloperation der Brüche bei Kindern.

M. hat 82 Brüche bei Kindern operiert, 66 Leistenbrüche bei Knaben, 7 bei Mädchen, 9 Nabelbrüche. Bei den 66 Leistenbruchoperationen bei Knaben fand sich 47mal ein neugebildeter peritonealer Bruchsack, der stets ohne Mühe stumpf aus den Bruchhüllen herauspräpariert werden konnte; bei den 19 vaginalen Brüchen verliefen die Samenstranggebilde oft in einem einheitlichen Strang und ließen sich dann leicht vom Bruchsack isolieren; nur in wenigen Fällen mußte nach Eröffnung des Bruchsacks die Serosa von innen herauspräpariert werden. Der isolierte Bruchsack wird torquiert und der Bruchsackhals möglichst hoch mittels Durchstechungsligatur unterbunden. Eine Verengerung der Bruchpforte erwies sich auch bei älteren Kindern völlig unnötig. Wichtig ist für einen glatten Heilungsverlauf der primäre Schluß der Hautwunde und Bedeckung derselben mit Kollodiumverband. Die Resultate waren — von einem Chloroformtod abgesehen — sehr gute; ein Kind mußte wegen Hodennekrose einseitig kastriert werden, die übrigen sind dauernd geheilt. Auch bei den Mädchen ergab die Operation durchweg gute Erfolge; in einem Falle von angeborener Ovarialhernie mußten die durch Stieldrehung des Lig. latum nekrotisierten Adnexe reseziert werden. Bei den Nabelbrüchen ist wegen der Breite der Bruchpforte eine Torsion und Ligatur des Bruchsackhalses nicht möglich; am besten hat sich hier die Tabaksbeutelschnürnaht sowohl des Peritoneums als der Bruchpforte bewährt. Trotz der im ganzen recht günstigen Prognose der Radikaloperation kindlicher Brüche hält M. bei Säuglingen dieselbe wegen der Gefahr der Narkose und wegen der im 1. Lebensjahre sehr günstigen Aussichten auf Spontanheilung im allgemeinen für kontraindiziert. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Kredel (Hannover) bestätigt die günstigen Erfolge der Bruchoperationen bei Kindern. Er schließt aber an die Abbindung des Bruchsacks stets eine plastische Operation nach Bassini oder Kocher an und meint, daß die Gefahr der Operation dadurch nicht wesentlich erhöht werde.

Karewski (Berlin) ist für die einfache Abbindung des Bruchsacks ohne plastische Operation; er hat bei auf diese Weise operierten Kindern niemals Rezidive erlebt.

Spitzer (Graz) macht die Radikaloperation selbst bei Kindern unter einem Jahre. Nur bei atrophischen Säuglingen sieht er von der Operation ab und macht hier Paraffininjektionen mit Paraffin vom Siedepunkt 50° C.

Herhold (Altona).

---

39) **Narath** (Utrecht). Zur Pathologie und Chirurgie der Hernia duodeno-jejunalis. Mit Demonstration von Abbildungen.

N. berichtet über einen mit glücklichem Erfolg operierten Fall von Hernia duodeno-jejunalis, welcher seines Wissens in der Literatur einzig dasteht. Es handelte sich um eine 34 Jahre alte Fabrikarbeiterin, welche bis zu ihrem 24. Jahre vollkommen gesund gewesen war. Vor 10 Jahren erkrankte sie mit Bauchschmerzen und Erbrechen. Das Erbrochene enthielt niemals Blut, der Stuhl war jedoch öfters schwarz und stark stinkend. Nach einem Jahre fühlte Pat. sich wieder vollkommen wohl, bis daß vor 3 Jahren Schmerzen um den Nabel herum und Erbrechen sowie Stuhlverstopfung auftraten. Gleichzeitig wurde das Abdomen auffallend dick. Die Auftreibung des Bauches verschwand nach einigen Monaten, stellte sich aber vor 3 Monaten zum zweitenmal wieder ein, gleichzeitig mit Steigerung der Bauchschmerzen.

Die Untersuchung der stark abgemagerten Pat. ergab in der rechten Parasternallinie einen harten beweglichen eigroßen Tumor, der sich unter die Leber fortzusetzen schien. Die Grenzen von Magen und Colon waren durch Luftaufblasungen nicht zu bestimmen. Die klinische Diagnose schwankte zwischen Pylorus- oder Gallenblasentumor. Hervorzuheben wäre noch, daß sich Dünndarmperistaltik vor dem Magen nachweisen ließ.

Operation am 16. Juni 1902. Nach medianer Eröffnung des Abdomens oberhalb des Nabels fand man tatsächlich vor dem Magen einige Dünndarmschlingen, sowie eine Schwiele an der kleinen Curvatur dicht beim Pylorus. Die Dünndarmschlingen zogen vor dem Colon transversum, vor dem Omentum majus und vor dem Magen anscheinend nach aufwärts gegen die kleine Curvatur. Hier und an der Schwiele waren sie adhärent. Der Darm ließ sich nach einiger Mühe lospräparieren bis auf eine einzige Schlinge. Diese stieg oberhalb der Curvatura minor in die Tiefe und ließ sich nur mit so großen Schwierigkeiten weiter entwickeln, daß man bereits ernstlich daran dachte, das gefährliche Unternehmen aufzugeben und totale Darmausschaltung vorzunehmen. Da kam beim letzten Versuch, die Dünndarmschlinge zu lösen, das Coecum und der Processus vermiformis oberhalb der kleinen Curvatur zum Vorschein! Nun war es klar, daß es sich nicht um Dünndarmschlingen handelte, welche vor dem Magen nach aufwärts zogen, sondern es mußte im Gegenteil der ganze Dünndarm vor dem Magen und dem Colon transversum nach abwärts gegangen sein. Man eventrierte auf das hin den ganzen Dünndarm und konstatierte daher, daß sich nichts davon in normaler Lage unterhalb des Mesocolon transversum befand. Das Coecum lag dicht an der Stelle, wo sonst das Jejunum unter dem Mesocolon transversum zum Vorschein kommt. Durch Zug am Coecum konnte man daselbst das unterste Ileumstück und

hernach mit Leichtigkeit den ganzen Dünndarm herunterholen. Die Öffnung im Mesocolon wurde durch einige Nähte verkleinert und die Ränder an das Jejunum fixiert, so daß wieder ein normaler Situs zustande kam. Der Magen hatte eine ausgesprochene Sanduhrform, jedoch schien der Isthmus noch so weit zu sein, daß ein operativer Eingriff nicht dringend nötig war. Dagegen bestand eine Verengerung am Pylorus, die durch Pyloroplastik behoben wurde.

Pat. überstand den Eingriff sehr gut und gab an, daß der »schwere Druck auf den Magen« vollständig behoben sei.

Es handelte sich um Hernia duodeno-jejunalis, welche sich unter dem Colon transversum nach aufwärts erstreckt hatte. Durch die Peristaltik wurde immer mehr Darm in den Bruchsack hineingezerrt, bis er zuletzt durch die starke Spannung nach oben perforierte, so daß die Darmschlingen frei hinter den Magen zu liegen kamen. Nun drängten sie sich gegen das Omentum minus vor, durchbrachen auch dieses, kamen zwischen Leber und Curvatura minor zum Vorschein und senkten sich vor dem Magen, Colon transversum und Omentum majus in den unteren freien Bauchraum bis in das kleine Becken. Der Sanduhrmagen kam dadurch zustande, daß sich der Dünndarm um den Magen herumgeschlagen hatte und ihn einschnürte. (Selbstbericht.)

---

40) **Wullstein.** Über die Pathologie des segmentierten Magens (Sanduhrmagens) und über die Therapie desselben durch Gangränerzeugung.

W. hat sich in den letzten Jahren eingehend mit dem Studium dieser relativ seltenen Magenerkrankung befaßt und dadurch, daß er das Hallenser anatomische und pathologische Institut und ebenso auswärtige derartige Institute um entsprechendes Material bat, eine Sammlung von Präparaten zustande gebracht, welche die Ätiologie und die Pathologie des segmentierten Magens wohl vollständig darstellt.

W. bespricht unter Demonstration der entsprechenden Präparate und Abbildungen die Charakteristika des angeborenen Sanduhrmagens und die einzelnen Theorien, wie sie von Meckel, Williams, Rokitansky u. a. zur Erklärung der Genese desselben aufgestellt sind.

W. selbst möchte bei manchen Formen des kongenitalen Sanduhrmagens einen gewissen Atavismus annehmen und demonstriert, um diese Anschauung zu stützen, zum Vergleich mit entsprechenden menschlichen Magen die von der Maus und vom Hamster.

Im übrigen gelten für W. zwei bisher noch nicht zur Erklärung herangezogenen Theorien. Nach der einen behält der Magen, wenigstens in seinem pylorischen Teil, einen gewissen darmartigen Charakter, und es kommt nur zu einer partiellen Ausweitung im kardialen Teil. In solchen Fällen hätten wir es also mit einer

frühen Entwicklungshemmung zu tun, und zwar aus jener Zeit, in welcher der ganze Darm als ein ziemlich gleich weites Rohr in geradem Verlaufe durch die Leibeshöhle zieht. In anderen Fällen, bei denen es zur Bildung eines ausgesprochenen Isthmus kommt, oder wo der Magen durch mehrere Einziehungen eine segmentierte Form erhalten hat, nimmt W. an, daß es sich um eine Druckwirkung von seiten der Nachbarorgane, z. B. des Pankreas, der Arteria coeliaca, splenica und phrenica handelt, welche schon in den ersten Wochen des Fötallebens, d. h. zu der Zeit, wo der Magen noch mit seiner großen Kurvatur diesen Teilen fest anlag, entstände. Um diese Theorie zu stützen, hat W. eine große Zahl von fötalen Magen untersucht und dabei zwei gefunden, die im Gegensatz zu allen anderen kleine Einschnürungen zeigten.

Nach Beschreibung der pathologisch-anatomischen Veränderungen beim erworbenen Sanduhrmagen bespricht W. die Ätiologie desselben und demonstriert nach kurzer Erwähnung der zuweilen durch entzündliche Veränderungen oder durch Traumen erzeugten Formen solche, die durch Pseudoligamente infolge perigastritischer Verwachsungen, solche, die durch Neoplasmen und ferner solche, die durch Narbenstriktur infolge Magengeschwürs entstanden sind. Besonders erwähnenswert sind davon 1) ein Präparat, welches die Hirsch'sche Ansicht unterstützt, daß das schließlich zum erworbenen Sanduhrmagen führende Geschwür häufig an dem Isthmus eines vorhandenen kongenitalen Sanduhrmagens entstünde; 2) ein Präparat, bei welchem es an dem Isthmus zu einer Achsendrehung und damit zu Ileuserscheinungen gekommen ist; 3) einen Magen, bei welchem die Einschnürung an der großen Kurvatur durch eine mit zu kurzer Jejunumschlinge angelegte Gastroenterostomie bedingt wurde; 4) einen Magen, bei welchem die Sanduhrform mit Sicherheit durch Korsettschnürung entstanden ist; 5) ein Präparat, bei welchem durch entsprechenden Narbenzug und perigastritische Verwachsungen der kardiale Teil ganz an das Duodenum herangezogen, der pylorische Teil aber völlig divertikelartig unter den kardialen Teil resp. das Duodenum verlagert ist. Im Vergleich gerade zu diesem Präparat kann W. ein dem Museum der Stadt Wittenberg entliehenes Präparat demonstrieren, bei dem ein reichlich kopfgroßes Divertikel lang gestielt unter dem kardialen Teil des Magens gelegen ist.

Weiterhin unterzieht W. die bei Sanduhrmagen bisher gebräuchlichen Operationsmethoden, die digitale Erweiterung, Gastrolysis, Gastroplastik, Gastrogastrostomie, Gastroenterostomie und Resektion einer Kritik und beschreibt eine von ihm bisher allerdings nur experimentell bei Hunden erprobte Operationsmethode, die an Gründlichkeit des Verfahrens der Resektion des Isthmus nicht nachsteht, für die heruntergekommenen Individuen aber kein schwererer und gefährlicherer Eingriff ist als die Gastrolysis. Diese Operationsmethode hat den Vorteil, daß sie sowohl die äußere Form des Magens als auch das Lumen in völlig normaler Weise wieder her-

stellt, daß sie ohne jede Eröffnung des Magens und damit auch ohne jede Blutung vor sich geht und weiterhin, daß sie ohne jede Assistenz ausgeführt werden kann. Bei dieser Operationsmethode wird der ganze Sporn, der die sanduhrförmige Einschnürung bedingt, durch Gangränerzeugung beseitigt.

Drei Mittel haben wir zur Erzeugung der Gangrän: das erste ist, daß wir den betreffenden Teil seiner Ernährung durch Abbindung der zuführenden Gefäße berauben; das zweite ist, daß wir durch eine kurz dauernde Kompression den Gewebstod herbeiführen, und das dritte ist, daß wir den betreffenden Gewebsteil, der der Gangrän anheimfallen soll, mit fest geschnürten Nähten umgehen und umstechen und so eine Gangrän in scharf demarkierender Linie erzeugen.

Bezüglich der Anlegung der Nähte muß auf die im Original befindlichen Beschreibungen und Abbildungen verwiesen werden[1].

Schon nach wenigen Tagen, nach drei Tagen ungefähr, hat sich der ganze gangränöse Sporn abgestoßen, und damit ist die Kontinuität des Magens in vollem Umfange wieder hergestellt; dabei geht die Abstoßung eines so schmalen, gangränösen Gewebsstückes ohne jede Störung des Allgemeinbefindens vor sich. Nach der Abstoßung resultiert an der inneren Magenwand ein kleiner Wulst, der um so kleiner ist, je weniger bei der fortlaufenden Muskularis-Serosanaht, der einzigen Naht, die, abgesehen von den gangränerzeugenden Nähten gelegt wird, eingestülpt ist.

W. hat das gleiche Prinzip, d. h. die Gangränerzeugung, bei verschiedenen anderen Operationen des Magen-Darmtraktus verwandt und demonstriert Präparate von Enteroanastomosen und Cholecystenterostomien, bei denen es innerhalb dreier Tage zu einer vollständig freien Kommunikation gekommen ist. In vielen Dutzenden von Experimenten hat W. die Gangränerzeugung und speziell die gangränerzeugenden Nähte am Magen-Darmtraktus im letzten Jahre erprobt und — abgesehen von den erwähnten Operationen — Experimente darüber eingeleitet, wieviel z. B. von der Magenwandung man ohne Störung für die Passage und für das Allgemeinbefinden zur Gangrän bringen und in das Lumen versenken darf, ferner darüber, wie die Gangränerzeugung bei der Gastroenterostomie, der Darmresektion, zu Behebung der Invagination u. a. Verwendung finden kann. (Selbstbericht.)

41) **Narath** (Utrecht). Zur Technik der Magenoperationen. Der »Gastrophor«, ein Assistentensparer bei Magen-Darmoperationen.

N. demonstriert ein Instrument, welches bei verschiedenen Magen-Darmoperationen den Assistenten, welcher den Magen zu fixieren hat,

[1] Die Originalarbeit erscheint in den »Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie«.



in sehr vollkommener Weise zu ersetzen imstande ist. Der »Gastrophor« wurde ursprünglich allein für die Gastroenterostomia retrocolica posterior ausgedacht, eignet sich aber auch für die anderen Gastroenterostomien, für die Pylorusresektion nach Billroth II und Kocher, sowie für einige Darmoperationen.

Das Instrument besteht aus zwei Armpaaren, welche an dem einen Ende durch ein quergestelltes Charniergelenk drehbar mit einander verbunden sind und sich auf diese Weise nach Art einer Zange öffnen oder schließen lassen. Das eine Armpaar trägt an seinem freien Ende einen konvexen Körper, welcher mit seiner Längsachse quer zu den ihn fassenden Armen steht und dazu bestimmt ist, die betreffende Magenpartie, an der die Öffnung anzulegen ist, emporzuheben und vorzustülpen. Das zweite Armpaar hält zwischen seinen freien Enden einen um die längere quer gestellte Achse drehbaren eliptischen Ring eingeklemmt, welcher beim Schließen des Instruments genau auf den Rand des konvexen Vorstülpers paßt. Die emporgehobene Magenpartie wird auf diese Weise ringsherum abgeklemmt. Durch eine in der Nähe des Charniergelenks befindliche Schraube kann man den Druck beliebig regulieren. Die innerhalb des Ringes befindliche Magenpartie ist nun außer Zirkulation gesetzt, und man kann den Magen ruhig eröffnen, ohne daß Inhalt ausfließen kann.

Handelt es sich um eine Gastroenterostomia retrocolica posterior, so stülpt man sich mit dem Instrument die vordere und hintere Magenwand sowie das Mesocolon transversum vor, ganz nahe an der Plica duodeno-jejunalis, drückt den Ring an und schraubt die beiden Armpaare zusammen. Auf diese Weise werden also drei Schichten abgeklemmt. Man durchtrennt dann das Mesocolon und heftet den Rand der so gemachten Öffnung mit einigen Nähten an die jetzt sichtbare hintere Magenwand. Ist das Mesocolon transversum sehr dick und fettreich, so ist es besser, zunächst die Öffnung in demselben zu machen und dann erst das Instrument anzulegen. Die erste Jejunumschlinge (ganz dicht an der Plica duodeno-jejunalis) wird dann in der gewöhnlichen Weise mit dem Magen in Verbindung gebracht. Das Instrument ist so gearbeitet, daß man bequem in drei Etagen nähen kann. Nach Vollendung der Anastomose öffnet man die Schraube, hebt das vordere Armpaar und drückt die beiden Arme etwas auseinander. Durch diesen Vorgang wird der eliptische Ring aus seiner Drehverbindung geworfen und liegt nun lose um die genähte Magendarmpartie. Während der »Gastrophor« ohne weiteres entfernt werden kann, muß man den Ring nach Art eines Armbandes erst öffnen, worauf man ihn mit Leichtigkeit herauszuziehen imstande ist. Das Instrument ist so gebaut, daß es während der Operation nicht gehalten zu werden braucht. Durch die untergelegten Kompressen kann man es leicht in jede beliebige Lage bringen und es hält dann von selbst.

Will man statt der Naht den Knopf zur Gastroenterostomie verwenden, so müßte man bei dem »Gastrophor« mit konvexem Vorstülper einen kleinen Magenzipfel vorziehen, bevor man den Ring anpreßt; denn sonst liegt die vordere und hintere Magenwandung dicht aufeinander, und man hat keinen Raum, um den Knopf ins Mageninnere einzuschieben. Für diejenigen, welche nur mit dem Knopf zu arbeiten gewohnt sind, empfiehlt sich ein zweites Modell von Gastrophor, welches an Stelle des konvexen Vorstülpers einen kreisrunden Ring besitzt, gegen welchen dann ein zweiter, gleich großer, drehbarer Ring angepreßt werden kann. Die Magenwand, welche eröffnet werden soll, wird also hier zwischen zwei Ringen eingeklemmt und gestattet bequem die Einführung des Knopfes.

Das Instrument ist schmäler und kann auch für die Naht verwendet werden, wenn wenig Raum zur Verfügung steht.

Die Vorteile des Gastrophors lassen sich wie folgt zusammen fassen:

1) Es wird ein Assistent erspart und damit eine Infektionsquelle ausgeschaltet.

2) Die Operation läßt sich leichter und in etwas kürzerer Zeit ausführen.

3) Ein Ausfließen von Mageninhalt ist nicht möglich, auch wenn Pat. erbricht, preßt, spannt oder hustet.

4) Es blutet nicht, und man braucht keine Ligaturen an den Magengefäßen anzulegen.

5) Der Knopf kann nicht in den Magen fallen.

(Selbstbericht.)

---

42) **Brodnitz** (Frankfurt a. M.). Das Ulcus pepticum nach Gastroenterostomie.

B. demonstriert ein Präparat, welches er von einem Pat. gewonnen hat, dem er vor 3 Jahren und 9 Monaten wegen gutartiger Pylorusstenose die vordere Gastroenterostomie gemacht hat. Nach andauerndem Wohlbefinden traten nächtlich kolikartige Schmerzen auf, in der Mitte der Narbe bildete sich ein kirschkerngroßer, schmerzhafter Tumor. Die Schmerzen standen in keiner Beziehung zur Nahrungsaufnahme. Bei der Operation des schmerzhaften Tumors zeigte sich derselbe bedingt durch ein großes Ulcus jejuni vis-à-vis der Anastomosenöffnung, das mit den Bauchdecken verwachsen war. Resektion eines Teiles des Magens nebst Anastomosenöffnung und eines Stückes des zu- und abführenden Jejunums. Heilung per primam; nach 19 Tagen entsteht plötzlich nach heftigem Niesen eine Magenfistel, die sich bei rektaler Ernährung nach 8 Tagen schließt; nach 5monatlichem Wohlbefinden wiederum nächtliche Schmerzanfälle mit markstückgroßer Infiltration neben der Narbe. Der Mageninhalt enthält 1,8$^0/_{00}$ freie Salzsäure. Unter Ulcusbehandlung schwinden die Schmerzen; die Infiltration bleibt.

Aus der Literatur konnte B. noch 14 Fälle von Ulcus pepticum zusammenstellen, aus denen er folgende Schlüsse zieht:

1) Das Ulcus pepticum ist bisher nur noch Gastroenterostomien wegen gutartigen Affektionen beobachtet worden.

2) Es entsteht sowohl bei Hyperacidität wie bei normaler und subnormaler Acidität.

3) Es bildet sich sowohl bei Gastroentorostomia anterior wie posterior. Die Anterior bietet jedoch einen größeren Schutz gegen die Perforationsperitonitis.

4) Das Ulcus pepticum verläuft häufig ganz symptomlos, in anderen Fällen sind nächtliche Schmerzen vorherrschend.

5) In der Hälfte der geheilten Fälle ist ein Rezidiv des Ulcus beobachtet worden, woraus auf eine individuelle Disposition, deren Ursache bisher nicht bekannt ist, geschlossen werden muß.

(Selbstbericht.)

---

43) **Haasler** (Halle a. S.). Über Darmstenose.

Zahlreiche verschiedenartige Darmerkrankungen können gelegentlich zu Stenosierungen des Darmlumens führen. Trotzdem kommen an Dünn- und Dickdarm fast ausschließlich tuberkulöse und karzinomatöse Stenosen zur Operation. Der Grund hierfür ist darin zu suchen, daß es unter den enterogenen Stenosen — nur diese sollen hier berücksichtigt werden, nicht die Stenosierungen durch Kompression, Traktion usw. — eine große Anzahl von gutartigen temporären Verengerungen gibt, die nicht nur einer Kompensation, sondern einer völligen Regeneration fähig sind.

Am häufigsten und vollkommensten ist diese Wiederherstellung des Darmlumens bei den traumatischen Stenosierungen zu beobachten. Bei jeder termino-terminalen Darmvereinigung, ob Etagenaht oder Knopf angewendet wird, kommt eine temporäre, zuweilen recht hochgradige Darmverengerung zustande. Der stenosierende Wulst verschwindet bekanntlich sehr bald und so vollständig, daß die Stelle der Naht späterhin nicht mehr aufzufinden ist. Dies wird erreicht durch eine beim Heilungsprozeß der zirkulären Darmwunde nachweisbare, sehr weitgehende funktionelle Anpassung und Umgestaltung. Die Anbildung neuer Gewebselemente erfolgt hauptsächlich in den peripheren, in der Richtung des Längszuges gelegenen Schichten, die neugebildeten Zellzüge sind in dieser Richtung angeordnet; im stenosierenden Wulst treten dagegen sehr bald regressive Veränderungen und Schrumpfung ein.

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei den nach Inkarzeration einer Darmschlinge eintretenden Stenosierungen. Sowohl nach Taxis als auch noch Reposition bei der Herniotomie entstehen sehr häufig vorübergehende Stenosierungen; zu operativem Eingriff geben sie jedoch selten Anlaß, da sie sich fast stets völlig ausgleichen. Dasselbe gilt von übernähten Schnürringen und gangränverdächtigen

Darmpartien. Hier liegen die Verhältnisse für die Restitutio ad integrum ganz ähnlich, jedoch noch günstiger, als bei der zirkulären Naht; statt gesunden Gewebes wird gangränöses oder in seiner Ernährung geschädigtes eingestülpt, der stenosierende Wulst wird um so rascher verschwinden. An einschlägigen Präparaten ist dies Verhalten festzustellen. Eine relative Gutartigkeit und weitgehende Regenerationsfähigkeit kommt auch den nach Invagination entstehenden Stenosen zu. H. bespricht die verschiedenen Typen der Stenosenbildung nach Invagination und die Heilungs- und Ausgleichsvorgänge. In günstigen, seltenen Fällen wird der Heilungsprozeß ganz ähnlich wie bei einer Darmresektion mit Darmvereinigung ablaufen; stellt doch eine solche Heilung nach Ausstoßung des Intussusceptum gewissermaßen eine Selbstresektion des Darmes dar. (Die Ähnlichkeit der Vorgänge wird an Skizzen nach Präparaten erläutert.) Vor allem am kindlichen Darme werden die Chancen für diesen günstigen Verlauf gute sein.

H. hat klinisch zwei derartige Fälle beobachtet, in welchen Invagination mit allen klassischen Symptomen bestand, ausgedehent Darmsequester abgingen, hinterher Stenose mit mit allen charakteristischen Zeichen sich ausbildeten, und völlige Heilung ohne Operation eintrat.

Wenn bei so schweren Darmerkrankungen der Darm imstande ist, die nach der Demarkation eintretende Stenosierung zu überwinden und auszugleichen, so wird die Ausgleichung mancher anderer Verengerungen nicht auffallend erscheinen, so z. B. der Stenosen nach Darmkontusion, nach Typhus- und Ruhrgeschwüren usw. Überall findet hier, abgesehen von seltenen Ausnahmen, nach typischem Ablauf des Kausalleidens durch funktionelle Selbstgestaltung des geschädigten Darmrohres eine vollkommene Wiederherstellung des Darmlumens statt.

Nur wenn das Grundleiden selbst einen progressiven Charakter hat, sehen wir hochgradige, irreparable Stenosen auftreten.

Ausheilende Tuberkulose kann Stenosen bedingen, die schwer zu deuten sind. In zweifelhaften Fällen kann man zumeist Tuberkulose als Ursache ansehen.

Ein weiterer Grund, daß sich bei relativ gutartigem Grundleiden (Lues) irreparable Stenosen ausbilden, ist die Multiplizität der Stenosen: die Störung der motorischen Darmfunktion und die mangelnde vis a tergo bedingen hier die hochgradigen Verengerungen.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Schloffer (Prag). Im Anschluß an seine vor 3 Jahren publizierten experimentellen Untersuchungen über die Entstehung der traumatischen Darmstriktur (referiert in d. Zentralbl. 1901 p. 787) hat S. die Versuche zur Erzeugung von Darmstrikturen durch Läsion von Mesenterialgefäßen fortgesetzt. Nach zahlreichen Mißerfolgen, welche darin bestanden, daß die Versuchstiere entweder an Darmgangrän zugrunde

gingen oder aber vollkommen genasen, gelang es ihm, neben einer Reihe von Darmgeschwüren und Darmnarben, welche nur einen Teil der Darmzirkumferenz betrafen und das Lumen nicht alterierten, dreimal echte zirkuläre Strikturen zu erzeugen. Beim Zustandekommen dieser Strikturen handelt es sich um eine die ganze Dicke der Darmwand zirkulär betreffende, zur Nekrose führende Ernährungsstörung, bei welcher schützende Verklebungen mit Nachbarorganen der Perforation vorbeugen. (Selbstbericht.)

---

44) **Wilms** (Leipzig). Mechanismus der Knotenbildung mit Demonstrationen an einem Schema.

Die Entstehung der zwischen Flexur nnd Dünndarm sich schlingenden Knoten ist nur unter Berücksichtigung der Peristaltik und des Strangulationsmechanismus verständlich. Nicht ein Herumschlagen großer Darmpakete ist, wie man früher annahm, die Ursache der Knotenbildung. Hinter dem Flexurstiel kommt bei Flexurblähung eine Art Bruchpforte zustande, durch die eine Dünndarmschlinge durchtritt. Die am abführenden Schenkel wirkende Peristaltik holt durch die Bruchpforte den abführenden Schenkel bis zum Coecum herein, und der Knoten ist fertig. Sämtliche bekannte Formen von Knotenbildung lassen sich leicht unter Berücksichtigung der genannten Momente deuten und in ihrer Entwicklung demonstrieren. (Selbstbericht.)

---

45) **P. Clairmont** (Wien). Über Darmgifte bei Ileus.

Die gemeinsam mit Dr. Ranzi ausgeführten experimentellen Untersuchung suchten der Frage nach der Art und Natur der Giftwirkung des gestauten Darminhaltes bei Ileus nahezutreten. Es sollte nach den hierbei gewonnenen Erfahrungen der Versuch gemacht werden, die Therapie des Ileus als einer Autointoxation aus dem Darme zu erweitern. —

Die Resultate der Untersuchungen waren die folgenden:

Der Darminhalt oberhalb der Stenose, durch Tonfilter bakterienfrei gemacht, wirkt bei jeder Applikation auf Versuchstiere giftig. Die Giftwirkung ist nicht an die intravenöse Injektion gebunden. Auch bei subkutaner Injektion tritt unter typischen Erscheinungen der Tod der Versuchstiere ein.

Wenn Bouillonkulturen mit geringen Mengen (z. B. 3 Ösen) des Darminhaltes geimpft und 4—5 Tage bei Bruttemperatur gehalten und dann filtriert werden, so zeigen die Filtrate dieselbe Giftwirkung wie der filtrierte Darminhalt. Die Giftproduktion ist also das Resultat des bakteriellen Wachstums und läßt sich in vitro wiederholen. Sie ist an das Bakteriengemisch geknüpft.

Die Gifte des Darminhalts dieser Kulturen sind hitzebeständig, zeigen nur bisweilen ganz geringgradige Abweichungen.

In der Hälfte der Versuche gelang es bei Wiederholung der Wassermann'schen Versuche, die Giftwirkung durch Mischen mit normalen Kaninchen- oder Meerschweinchengehirn zu paralysieren.

Der filtrierte Darminhalt einzelner Fälle wirkte auf Hunde- und Pferdeblut intensiv hämolytisch.

Weder aktive noch passive Immunisierung gegen die Giftwirkung gelang.

Eine Erweiterung der Ileustherapie im Sinne einer Serotherapie im weitesten Sinne scheint nach den Ergebnissen dieser Versuchsreihen ausgeschlossen. (Selbstbericht.)

---

46) **J. Steiner** (Berlin). Chirurgische Behandlung chronischer Dysenterie. (Mit Demonstration eines geheiltes Falles.)

Chirurgische Dysenterie bezw. chronisch ulzeröse Kolitis ist eine Erkrankung, welche bisher nur in einzelnen wenigen Fällen einer operativen Behandlung unterzogen wurde.

Aus der langen Leidensgeschichte der jungen Dame, welche ich mir vorzustellen erlaube, will ich in kurzem hervorheben, daß die Krankheit vor 9 Jahren allmählich unter Leibschmerzen und Diarrhöen begann, wozu sich später blutig-eitrige Stühle und Fieber gesellten. Die Pat. wurde mir vor ca. 2 Jahren vom Kollegen Boas hierselbst zur Operation überwiesen, nachdem der Krankheitsprozeß trotz aller medikamentösen und diätetischen Kuren bezw. Darmspülungen u. dgl. stetige Progredienz zeigte.

Die Operation war die Ultima ratio bei meiner Pat., welche stark abgemagert, blaß, fiebernd, vor Schwäche sich kaum noch auf den Beinen halten konnte. Die sehr reichlichen Stühle waren diarrhoisch, regelmäßig mit Schleim, Blut und Eiter vermischt. Dabei bestanden häufige spontane Schmerzen sowie Druckschmerz im Verlauf des ganzen Dickdarmes. — Rektum dagegen war frei. — Mikroskopisch fanden sich im Stuhl, außer Schleim, Eiter, Blut, reichliche Charcot-Leyden'sche Kristalle, dagegen keine Amöben, Tuberkelbazillen, noch Bazillen, die bei der akuten epidemischen Dysenterie gefunden werden.

Ich machte nun vor etwa 2 Jahren eine Ausschaltung des Dickdarmes durch Anlegung eines Anus praeternaturalis am Coecum, und zwar dicht unterhalb der Valvula Bauhini.

Bei der Laparotomie zeigte sich der Dünndarm völlig gesund, dagegen war die Serosa des Dickdarmes an vielen Stellen deutlich verdickt.

Nachdem der Anus praeternaturalis funktionierte und die Kotpassage durch den erkrankten Dickdarm abgeschlossen war, wurden täglich sehr profuse Spülungen vom Rektum her antiperistaltisch bis zum Coecalanus verabfolgt in der Weise, daß ich zunächst 5 bis

6 Liter Wasser von Körpertemperatur — niedrigere Temperaturen lösen Darmkrämpfe aus — durchlaufen ließ; wenn dann die Spülflüssigkeit klar abfloß bezw. alle stagnierenden Wund- und Darmsekrete herausbefördert waren, erfolgte eine medikamentöse Spülung, wozu Protagol- und verdünnte Jodtinkturlösung in Anwendung kam.

Wenn auch alsbald das Fieber und die Schmerzen aufhörten, so erfolgte doch zunächst trotz Aufhebung aller diätetischen Einschränkungen und reichlicher Nahrungszufuhr keine Gewichtszunahme. — Ebenso hartnäckig war der geschwürige Darmprozeß; es zeigten sich bei mikroskopischer Untersuchung der Spülflüssigkeit 7 Monate lang trotz sehr fleißiger Behandlung Eiter, Schleim, Blut und Charcot-Leyden'sche Kristalle — wenn auch in allmählich abnehmender Quantität. Als diese pathologischen Befunde nach etwa $7^1/_2$ Monaten aufhörten, dachte ich an den Verschluß des widernatürlichen Afters. — Vorher jedoch hielt ich es für notwendig, den Zustand des Colon noch in der Weise zu prüfen, daß ich den Kot per vias naturalis abfließen ließ, was durch Verstopfung des Coecalanus mittels in Vaseline getränkter Wattetampons geschah. Erst als sich hierbei herausstellte, daß die Kotpassage über die vernarbten Ulzera dauernd reaktionslos ertragen wurde, vernähte ich im vergangenen Frühjahr, ca. 11 Monate nach der Operation, die Coecalöffnung.

Die Therapie ging somit folgenden Weg:

1) Ausschaltung der Kotpassage aus dem gesamten erkrankten Darmabschnitt.

2) Häufige profuse reinigende und medikamentöse Spülungen von Körpertemperatur in antiperistaltischer Richtung.

3) Funktionsprüfung des vernarbten Darmes durch mikroskopische Untersuchung der Spülflüssigkeit, sodann zunächst künstlichen Verschluß des Anus coecalis und Kotpassage durch den vernarbten Dickdarm.

4) Operativer Verschluß des widernatürlichen Afters.

Der Erfolg dieser Behandlung ist ein vollständiger und dauernder. Der Stuhl ist frei von krankhaften Beimengungen und erfolgt einmal täglich. Die Pat. hat viele Pfunde zugenommen, arbeitet seit $^3/_4$ Jahren und erfreut sich einer blühenden Gesundheit. — Ich knüpfe daran die Hoffnung, daß die chronisch ulzeröse Kolitis, welche bisher in den Händen der internen Medizin als eine fast unheilbare Erkrankung angesehen wurde, bei Einhaltung des bezeichneten therapeutischen Weges eine bessere Prognose für die Zukunft eröffnet.

(Selbstbericht.)

---

47) **W. Petersen** (Heidelberg). Anatomische und klinische Untersuchungen über das Magen- und Darmkarzinom.

Die Untersuchungen erstreckten sich auf ca. 100 Magen- und 200 Darmkarzinome. Die anatomischen Untersuchungen wurden

ausgeführt gemeinsam mit Herrn Dr. Colmers, die klinischen Nachforschungen gemeinsam mit den Herren Dr. Schüller, Werner und Küpferle.

P. kommt zu dem Schlusse, daß das Magen- und Darmkarzinom (im Gegensatz zu dem Hautkarzinom) in der übergroßen Mehrzahl der Fälle unizentrisch wächst (im Sinne von Ribbert und Borrmann). Eine fortschreitende krebsige Entartung der dem Karzinom zunächst liegenden Drüsenzellen (im Sinne Hauser's) konnte nicht mit Sicherheit beobachtet werden.

Für dies unizentrische Wachstum spricht u. a.:

1) der kontinuierliche Zusammenhang aller einzelnen krebsigen Herde, wie er sich aus den Serienschnitten ergab;

2) die Art des Einbruchs des Karzinoms bei intraglandulärem Wachstum; stets findet sich eine scharfe Grenze zwischen Karzinomzellen und gesunden Zellen, nirgendswo eine beginnende krebsige Erkrankung der gesunden Zellen;

3) das häufige Vorkommen des rein interglandulären Wachstums, bei dem eine fortschreitende Entartung der Umgebung vollkommen ausgeschlossen ist. (Demonstration von Tafeln und Zeichnungen.)

Aus diesem unizentrischen Wachstum zieht P. folgende Schlüsse:

1) ad Histogenese: Da wir bei einem unizentrisch wachsenden Tumor in den Randpartien nur Wachstum, keine Histogenese vor uns haben, so sind die Randpartien des Magen- und Darmkarzinoms zum Studium der Histogenese ungeeignet. Da ferner eine hinreichende Anzahl genügend kleiner und gut untersuchter Magen- und Darmkarzinome nicht vorliegt, so sind unsere Kenntnisse über die feineren Vorgänge der Histogenese noch sehr unsicher.

2) ad Ätiologie: Die Art und Weise des unizentrischen Wachstums des Magen- und Darmkarzinoms ist mit einer parasitären Theorie des Karzinoms kaum vereinbar.

3) Für die praktische Chirurgie; beim Magen- und Darmkarzinom haben wir für die überwiegende Mehrzahl der Fälle nur mit einem direkten Rezidiv zu rechnen, d. h. mit dem Rezidiv, welches ausgeht von Karzinomzellen, die bei der Operation zurückgelassen wurden.

Unter diesen Umständen muß die genaue Kenntnis der anatomischen Verbreitungswege des Magen- und Darmkarzinoms doppelt wichtig erscheinen. P. skizziert dieselben kurz; das Magenkarzinom wächst mit Vorliebe ausgebreitet innerhalb der Magenwand; das Darmkarzinom breitet sich innerhalb der Darmwand verhältnismäßig wenig aus und greift bald auf die Umgebung über. Der Pylorus bildet keine scharfe Grenze für das Magenkarzinom.

Das Rezidiv geht also nach P. beim Magen- und Darmkarzinom überwiegend aus von zurückgelassenen kranken Zellen. Muß nun jede zurückgelassene Karzinomzelle den Ausgangspunkt eines Rezidivs bilden?

Beim Hautkarzinom ist die Rückbildung von Karzinomzellen von P. nachgewiesen, und er glaubt, daß ähnliche Verhältnisse auch beim Magen- und Darmkarzinom vorliegen.

Eine weitere große Schwierigkeit liegt darin, daß sich in der Umgebung von Magen- und Darmkarzinom zahlreiche Zellen finden, von denen nicht mit Sicherheit zu sagen ist, ob sie Karzinomzellen sind oder nicht (Hinweis auf die interessanten Befunde in den regionären Drüsen des Uteruskarzinoms von Wertheim u. a.).

P. glaubt, daß speziell beim Magenkarzinom mehr Karzinomzellen zugrunde gehen, als zur Zeit angenommen wird. Er hält es für verfehlt, die Rezidivfrage für die verschiedenen Organe nach dem gleichen Schema zu behandeln. Er verlangt vielmehr eine scharfe Scheidung zwischen folgenden Formen:

1) Organrezidiv. (Nach P. beim Magenkarzinom das häufigste.)

2) Das Drüsenrezidiv. (Wahrscheinlich beim Lippenkarzinom und Peniskarzinom das häufigste.)

3) Das Zellgewebsrezidiv (wahrscheinlich bei Rektumkarzinom vorwiegend) und

4) das metastatische Rezidiv (häufig bei Magen- und Mammakarzinom).

Es sind sorgfältige und ausgebreitete anatomische und klinische Nachforschungen nötig, um diese verschiedenen Formen bei den verschiedenen Organen scharf zu trennen.

Zum Schluß gibt P. noch einige klinische Zahlen aus dem Material der Heidelberger chirurgischen Klinik:

1) Rektumkarzinom.

Bei 248 Rektum-Karzinomen: Mortalität 13%, Dauerheilung 18—20%, 13 Patienten leben über 10 Jahre.

2) Magenkarzinom.

a. Gastroenterostomien.

Bei 214 Fällen betrug die Mortalität früher 35%, bei den letzten 100 nur mehr 18%. Die Gastroenterostomie verlängert das Leben um 4—5 Monate und vermindert die Beschwerden zumeist in erheblicher Weise.

b. Magenresektion.

Bei 57 Resektionen betrug die Mortalität unter den ersten 24 Fällen 35%, unter den letzten 33 Fällen 17%.

Von den 30 Pat. mit Magenresektion, deren Operationsdatum mehr als drei Jahre zurückliegt, überstanden 18 die Operation. Von diesen leben noch 7, das sind, auf die Gesamtzahl bezogen, 23%, auf die Zahl der Überlebenden bezogen sogar 40%. Die vier längsten Heilungszeiten sind 12, 11, 5, 4 Jahre.

In der letzten Zeit wurde die Resektion mehr bevorzugt als früher, aus folgenden Gründen:

1) Die Resektion ist nicht gefährlicher als die Gastroenterostomie. Diese auffallende Tatsache erklärt sich nach P. dadurch, daß nach der Gastroenterostomie mehr als doppelt soviel Pat. an

Pneumonie sterben, als nach der Resektion. Es scheint hier die Entfernung des jauchigen Karzinoms von ausschlaggebender Bedeutung zu sein.

2) Die Aussicht auf Radikalheilung ist erheblich größer, als bisher angenommen. Nur muß Magenwand und Duodenum soweit als irgend möglich reseziert werden. Daher ist auch die zweite Billroth'sche Methode allen anderen überlegen.

3) Auch bei Eintritt eines Rezidivs erzielt die Magenresektion doch eine Lebensverlängerung von ca. 9 Monaten, das ist um 4 bis 5 Monate mehr als die Lebensverlängerung bei der Gastroenterostomie. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Bormann (Göttingen) bestätigt im allgemeinen die Anschauungen Petersen's.

König (Berlin) glaubt nicht, daß in Lymphdrüsen eingeschlossene Krebszellen von selbst zugrunde gehen können, wenn sie auch eine unglaublich lange Zeit (12—13 Jahre) in den Drüsen eingeschlossen verharren können, ohne sichtbare Erscheinungen zu machen.

Herhold (Altona).

---

48) **Schloffer** (Prag). Über abdominale Mastdarmresektion.

Die ziemlich allgemein üblichen Methoden, hochsitzende Rektumkarzinome von unten und hinten zu resezieren, weisen durchschnittlich eine um so höhere Mortalität auf, je höher das Karzinom sitzt. In schwierigen derartigen Fällen wurde von mehreren Chirurgen neben der sakralen, parasakralen, perinealen oder vaginalen Voroperation eine Mobilisierung des erkrankten Darmteiles von einem Bauchschnitt aus die Resektion und die Wiedervereinigung des Darmes hernach von unten her vorgenommen. Doch haben diese eingreifenden kombinierten Methoden sich bisher keinen weiteren Eingang verschafft.

Auch auf rein abdominalem Wege ist das Rektum reseziert, dabei aber auf eine Wiedervereinigung des Darmes meist verzichtet und ein dauernder Bauchafter angelegt worden. Nur ausnahmsweise wurde auch die Darmnaht vom Bauche aus, also eine »ideale abdominale Rektumresektion« ausgeführt.

S. hat auf Grund einiger Resektionen tiefsitzender Flexurkarzinome, einer Reihe von Leichenversuchen und zweier von ihm ausgeführter abdominaler Rektumresektionen die Überzeugung gewonnen, daß die abdominale Resektion und Naht am Rektum, selbst wenn die Geschwulst nicht höher als an der Übergangsfalte des Peritoneums sitzt, keineswegs so schwierig ist, als man heute allgemein anzunehmen scheint.

In Fällen der letzteren Art gelingt es nämlich, überraschend leicht die Geschwulst zu mobilisieren, wenn man nur (in steiler

Beckenhochlagerung) erst das Peritoneum parietale 2 Finger breit vom Karzinom entfernt zirkulär eingeschnitten und auch das Mesenterium des Colon pelvinum bezw. der untersten Anteile der Flexura sigmoidea durchtrennt hat. Man kann nämlich dann den extraperitoneal gelegenen Teil des Rektum aus seinem lockeren Zellgewebslager sehr gut losschälen und so weit dehnen, daß dadurch die Geschwulst bis fast in das Niveau der Bauchdecken gezogen werden kann. Schneidet man dann den Darm 2 Finger breit analwärts vom Karzinom durch, so bleibt noch immer eine fingerbreite Manschette zurück, die bis an den Schnittrand des Peritoneums heraufgezogen und ohne Schwierigkeit zur Wiedervereinigung des Darmes mittels der Naht verwendet werden kann.

Von S.'s 2 operierten Fällen (Männer) ist einer geheilt, der andere 4 Wochen nach der Operation zugrunde gegangen; doch wäre dieser Exitus ohne das Hinzutreten einer akuten infektiösen Enteritis wohl vermieden worden.

Die Vorteile der abdominalen Rektumresektion liegen vor allem in der größeren Übersichtlichkeit des Operationsterrains und der Möglichkeit einer ausgiebigeren Resektion und Drüsenexstirpation. In dem einen Falle S.'s fanden sich einige Zentimeter oberhalb der oberen Grenze des Karzinoms erkrankte Drüsen mit dem aufsteigenden Schenkel der Flexur verwachsen; hier hätte die Operation auf sakralem oder parasakralem Wege leicht unvollständig ausfallen können. Wahrscheinlich wird die abdominale Operation auch jene Nachteile beseitigen, welche den üblichen Methoden noch immer in bezug auf die Kontinenz des erhaltenen Sphinkters anhaften.

Gewisse die Technik der Operation und Nachbehandlung betreffende Fragen, wie die, ob eine Drainage des Operationsterrains nach hinten prinzipiell zu empfehlen sei, sind noch nicht spruchreif. Die präliminare Anlegung eines Kunstafters am Colon transversum wird aber jedesmal angezeigt sein.

S. empfiehlt die Verwendung der abdominalen Methode neben den bisher gebräuchlichen in dafür geeigneten Fällen, bei hochsitzenden Karzinomen und bei nicht fettleibigen Individuen.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Kümmell (Hamburg) benutzt die Laparotomie als Voroperation, um das Mesorektum zu lockern. Durch einen pararektalen Schnitt läßt sich dann das Karzinom von unten leicht entfernen.

Kraske (Freiburg) wendet auch die kombinierte Methode an, wodurch es nebenbei möglich sei, die in der Kreuzbeinhöhlung sitzenden Lymphdrüsen besser zu entfernen. Herhold (Altona).

49) **Jordan** (Heidelberg). Beiträge zur Milzchirurgie (mit Demonstrationen.)

Vortr. demonstriert unter kurzer Skizzierung der Krankengeschichten und Darlegung der operativen Indikationen folgende Präparate:

1) Eine 4 kg schwere Blutcyste, die er vor 4 Jahren bei einer 46jährigen Frau durch Splenektomie entfernte. Pat. ist vollständig gesund.

2) Eine primäre Echinokokkuscyste, von einem 15jährigen Mädchen stammend. Die Milzexstirpation war durch ausgedehnte Verwachsungen, besonders mit dem Zwerchfell, erschwert. Glatte Heilung.

3) Ein primäres Lymphosarkom, vor 7 Jahren bei einem 16jährigen Jungen entfernt. Heilung. Tod $1^1/_4$ Jahr post operat. an Metastasen.

4) Eine 1 kg schwere einfach-hyperplastische Milz einer 37jährigen Frau, die gleichzeitig Hydrops der Gallenblase mit Steinen und Leberschwellung aufwies. Splenektomie und Cholecystostomie in der gleichen Sitzung. Heilung; rascher Rückgang der Leberschwellung.

5) Eine $1^1/_2$ kg schwere einfach-hyperplastische Milz, die er bei einer 52jährigen, durch Blutverluste infolge Endometritis fungosa sehr anämisch gewordenen Frau exstirpierte. Heilung. 5 Monate später Tod an einem Erweichungsherd des Gehirns, der wahrscheinlich auf dem Boden der Anämie sich entwickelt hatte.

6) Eine 4 kg wiegende einfach-hyperplastische Milz eines 52jährigen Mannes. Exitus 20 Stunden post operat. an Herzschwäche und parenchymatöser Nachblutung aus dem Geschwulstbett.

7) Eine zwei tiefe Einrisse aufweisende Milz, vor 3 Jahren bei einem vom Pferd gestürzten Offiziere im Zustand extremer Anämie exstirpiert. Heilung. (Selbstbericht.)

---

50) **W. Körte** (Berlin). Operation einer Verengerung der Choledochusmündung in der Papilla duodeni nebst Bemerkungen über normales Pankreassekret und über Karzinom der Papilla duodeni.

Bei einer 52jährigen Frau, welche bis September 1902 gesund war, entwickelte sich unter Schmerzen in der Lebergegend, beträchtlicher Abmagerung und Fieber Ikterus mit starker Ausdehnung der Gallenblase. Am 30. Dezember 1902 wurde sie auf die chirurgische Abteilung verlegt. Das geschilderte Krankheitsbild ließ auf Behinderung des Gallenabflusses aus dem Choledochus schließen, mit Zersetzung der gestauten Galle. Die Abwesenheit von eigentlichen Koliken und die starke Ausdehnung der Gallenblase ließen mit großer Wahrscheinlichkeit einen malignen Tumor als Ursache annehmen. Das hohe remittierende Fieber und die lebhaften Beschwer-

den der Pat. drängten zur Operation, die am 2. Januar 1903 vorgenommen wurde. Gallenblase und Gallengänge waren stark ausgedehnt durch eitrigen Schleim und zersetzte Galle; ein Stein fand sich nicht. Nach Inzision des Duodenum wurde die Papille vorgezogen und eine enge narbige Stenose der Choledochusmündung gefunden. Spaltung derselben und Umnähung der Ränder mit Schleimhaut. Einführung eines dünnen Nélatonkatheter in den Pankreasgang, welcher durch die neugebildete Choledocho-Duodenalöffnung geführt und durch eine Choledochusinzision weiter leberwärts nach außen geleitet wurde. Naht des Duodenum, Resektion und Drainage der Gallenblase, Hepaticusrohr.

Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall, der Ikterus schwand, Pat. erholte sich und wurde 5 Monate nach der Operation bei bestem Wohlsein vorgestellt.

Das Pankreasrohr blieb 8 Tage liegen und gab Gelegenheit zur Untersuchung des Sekretes. Es wurden bis zu 1 Liter farblose, alkalische Flüssigkeit abgesondert; im nüchternen Zustand war die Menge gering, 14—18 ccm pro Stunde, sie stieg bis zur 5. Verdauungsstunde auf 50 ccm, um dann langsam abzufallen. Von Wichtigkeit war die Beobachtung (Dr. Glässner), daß sich das eiweißspaltende Ferment erst bei Mischung des Pankreassaftes mit Darmsaft bildete; auch die Saccharifizierung wurde durch Darmsaftzusatz verstärkt.

Ein zweiter Fall von narbiger Choledochusstenose wurde am 29. Mai 1898 operiert. Die narbige Verengerung lag im freien Teil des Choledochus und war durch einige kleine Steine völlig verlegt. Die Gallenblase enthielt zahlreiche Steine. Die Narbenstenose im Choledochus wurde zirkulär exzidiert, und die beiden Enden mit Catgut zusammengenäht. 13 Tage p. op. starb die Pat. infolge von Blutung aus einem Ulcus ventriculi. Bei der Sektion wurde der Gallengang gut vereinigt gefunden.

Wegen Karzinom der Papilla Vateri hat Vortr. einmal die Exzision der karzinomatösen Papilla Vateri vom eröffneten Duodenum aus vorgenommen; der entstandene Defekt in der Mukosa wurde vernäht unter Einlegung von feinen Röhren in den Pankreasgang und Choledochus. Die Pat. starb am 9. Tage p. op. unter den Zeichen zunehmender Kachexie. — Ein fernerer Pat., bei welchem wegen Gallengangsverschluß durch Karzinom der Papille die Cystostomie und Drainage des Choledochus ausgeführt wurde, ging 10 Tage p. op. kachektisch zugrunde. (Selbstbericht.)

---

51) **Florian Hahn** (Nürnberg). Subkutane Rupturen der Gallenwege.

Vortr. spricht über einen von ihm bobachteten Fall von subkutaner Ruptur des Choledochus bei einem 4jährigen Knaben, der

überfahren worden war. Sechs Wochen nach der Verletzung erhob Vortr. folgenden Befund: Äußerste Abmagerung, enorme Auftreibung des Leibes, abgesackte Exsudate; erhebliche Dyspnoe. Sclerae weiß, Puls 150, fieberfrei. Diagnose: Tuberkulöse Peritonitis oder Lympherguß?

Laparotomie: Flüssigkeit ist Galle, chronische Peritonitis (Gallenperitonitis) mit Bildung fester Verwachsungen und Membranen bis zu mehreren Millimetern Dicke. Tamponade. Nachtrag zur Anamnese ergibt: Ikterus, einsetzend am 3. Tage post trauma, der richtig stark 8 Tage anhielt, im ganzen 5 Wochen dauerte; in dieser Zeit (und auch späterhin) Stühle ganz weiß; in der 6. Woche Ikterus verschwunden, Stühle acholisch.

Nun bestimmte Diagnose auf Verletzung des Choledochus. Zweite Laparotomie 11 Tage nach dem ersten Eingriff. Rupturstelle nicht gefunden. Die Galle ergoß sich aus einer hufeisenförmigen Öffnung rechts von der Wirbelsäule an der Unterfläche der Pars horizontalis inferior duodeni in die freie Bauchhöhle, hatte also ihren Weg hinter Duodenum und Pankreas genommen. Feste Tamponade im Bereich dieser Öffnung, um durch Überfließen des Reservoirs die Galle dem normalen Wege zuzuweisen. Das Experiment gelang, am 2. Tage ein teilweise galliger Stuhl, die nächsten Tage acholische Stühle, vom 7. Tage ab wieder gallehaltige Entleerung; nach 4 Wochen normale Stühle. Vollständige Heilung des Pat.

Vortr. erwähnt kurz noch die Häufigkeit der subkutanen Rupturen der Gallenwege und ihre Behandlung. (Selbstbericht.)

---

52) **Bunge** (Königsberg). Zur Pathogenese und Therapie der akuten Pankreashämorrhagie.

Die Resultate der operativen Behandlung der akuten Pankreaserkrankungen waren bisher so schlecht, daß die Mehrzahl der Chirurgen von einer Operation abrät und Zuwarten empfiehlt, d. h. den Versuch zu machen, die Kranken aus dem akuten in das chronische Stadium überzuführen, in dem sie unter geringerer Gefahr operiert werden können.

Neuerdings ist Hahn für frühzeitige Operation, bestehend in Laparotomie und Drainage des Peritoneums, eingetreten.

Vortr. berichtet zur Frage des Wertes der Frühoperation über einen Fall von akuter Pankreasblutung, der durch frühzeitige Operation gerettet wurde.

51jährige, sehr fettleibige Frau erkrankt akut unter Erscheinungen, die auf einen hochsitzenden Darmverschluß schließen lassen: Erbrechen von zunächst galligen Massen, später von Dünndarminhalt, häufige kolikartige Schmerzen, die vom Epigastrium nach unten ausstrahlen. Leib aufgetrieben, im Epigastrium schmerzhaft. Puls beschleunigt, klein.

Laparotomie: Netz und das Mesenterium aller Därme mit Fettgewebsnekrosen, freier hämorrhagischer Erguß im Peritoneum. Im Lig. gastro-colicum ein faustgroßes Loch infolge Zerfalls des Fettgewebes. In der Tiefe der Bursa omentalis das hämorrhagisch infarzierte, nach allen Richtungen vergrößerte Pankreas. Mesocolon matsch, blutig infarziert.

Tamponade der Bursa omentalis von vorn, Tamponade unterhalb des Mesocolon. Pat. kommt nach langdauernder profuser Eiterung zur Genesung. Während 8 Tagen bestand Glykosurie.

Vortr. empfiehlt daher auf Grund dieser Beobachtung, bei sicherer oder Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf akute Pankreashämorrhagie nicht zuzuwarten, sondern sofort zu operieren. Die Operation kann in seltenen Fällen nur in Laparotomie und Drainage des Peritoneums bestehen; mit Rücksicht auf die meist zu erwartende Nekrose und Eiterung am Pankreas scheint es jedoch empfehlenswert, das Pankreas durch Tamponade durch das Lig. gastro-colicum hindurch und hinter dem Magen und Mesokolon gegen die Bauchhöhle abzuschließen, damit Propagation der sekundären Eiterung auf das freie Peritoneum verhütet wird.

Die Ätiologie der akuten Pankreasblutungen ist noch vollständig dunkel. Bisher sind nur eine Reihe disponierender Momente bekannt: Fettleibigkeit, Lipomatose des Pankreas, Arteriosklerose, Herzfehler usw.

Der mehrfach konstatierte Befund von infarktähnlichen Herden im Pankreas bei Pankreasblutungen, sowie der an embolische Vorgänge erinnernde blitzartige Beginn der Erkrankungen veranlaßten Vortr. zu experimentellen Untersuchungen über den Einfluß embolischer Vorgänge am Pankreas.

Injektion von Luft, Paraffin, besonders von Öl in die Hauptarterien des Organs hatten regelmäßig Pankreasblutung in verschiedener Ausdehnung zur Folge mit ausgedehnten abdominellen Fettgewebsnekrosen. Die Tiere zeigten ähnliche klinische Erscheinungen wie die Menschen, das anatomische Bild war ebenfalls ein außerordentlich ähnliches.

Vortr. glaubt daher, daß möglicherweise bei der Entstehung der Pankreasblutungen embolische Vorgänge eine größere Rollen spielen als man bisher angenommen hat. (Selbstbericht.)

Diskussion.

A. Köhler (Berlin) berichtet über 2 Fälle von abdominalen Fettgewebsnekrosen und Pankreasileus.

v. Beck (Karlsruhe) hat Pankreashämorrhagien 3mal als Folge chirurgischer Eingriffe, welche an anderen Körperstellen vorgenommen waren, eintreten sehen. **Herhold** (Altona).

---

53) **L. Casper** (Berlin). Ein Photographier- und Demonstrationscystoskop.

Verfahren, das cystoskopische Bild durch eine Photographie festzuhalten, sind bereits seit vielen Jahren geübt worden (Kutner, Nitze). Man darf sagen, daß die Erfolge, bei genügender Übung, verhältnismäßig günstige gewesen sind. Die Schwierigkeiten beim Photographieren des cystoskopischen Bildes liegen erstens in der Unmöglichkeit, absolute Ruhe der zu photographierenden Organe zu schaffen, zweitens in der sich daraus ergebenden Notwendigkeit, mit äußerst kurzer Expositionszeit zu rechnen und drittens in der Unsicherheit, ob das beobachtete Bild während der Ausschaltung des Auges und der Einschaltung der photographischen Platte auch tatsächlich im Bildwinkel des Cystoskop-Objektivs bleibt.

Auf Grund einer Anzahl von Versuchen, die dahin zielten, ein großes, dem Lumen des Cystoskops entsprechendes Bild zu schaffen, hat sich eine Konstruktion ergeben, die es möglich macht, eine cystoskopische Aufnahme anzufertigen, **während** das Bild selbst beobachtet wird und die photographische Kamera mit der lichtempfindlichen Platte zur Aufnahme bereit ist. Ist das zu photographierende Bild eingestellt, so wird, ohne daß das Auge das Bild verliert, der Momentverschluß der Kamera geöffnet und das Bild fixiert. Man ist auf diese Weise in der Lage, jede Aufnahme nicht nur vorher, sondern im Augenblick des Photographierens selbst kontrollieren zu können. Diese Möglichkeit bietet den Vorteil, daß man niemals unsicher ist, ob auch tatsächlich das Bild von der photographischen Platte aufgenommen wird, welches das Auge gesehen hat.

Das Prinzip, nach welchem die photographischen Aufnahmen mit dem neuen Cystoskop während der Beobachtung vorgenommen werden können, liegt in der Einfügung eines Doppelprismas, welches einmal das Bild in der Richtung der Achse, d. h. in gerader Linie zum Okular durchtreten läßt, während das Bild gleichzeitig ungefähr im rechten Winkel abgelenkt wird und so zur photographischen Platte gelangt.

Das Prinzip, das Bild vor dem Okular rechtwinklich abzulenken ohne dadurch den geraden Durchtritt desselben zu stören, bietet den Vorteil, das Instrument auch als Demonstrationscystoskop benutzen zu können, indem statt der Kassette ein Okular aufgesetzt wird, welches die gleiche Brennweite wie das andere Okular besitzt, wodurch es möglich wird, daß ein zweiter Beobachter dasselbe Bild sieht, welches der Untersuchende einstellt.

Dieses Demonstrationscystoskop unterscheidet sich von dem von Kutner auf der vorjährigen Lehrmittelausstellung ausgestellten und beschriebenen dadurch, daß statt seiner planparellelen Glasplatte

ein rechtwinkliches Prisma eingefügt ist und mehrere bei jenem notwendige Okulare in Fortfall kommen.

Bei dem Kutner'schen Instrument befindet sich nämlich die Glasplatte hinter dem Cystoskopokular, hinter welchem er ein Objektiv und ein zweites Okular anfügen muß; beide Linsen fallen bei dem von Hirschmann (Berlin) gearbeiteten Instrument fort, da das Doppelprisma vor dem Cystoskopokular liegt. Dadurch wird ein unerwünschter Lichtverlust vermieden. (Selbstbericht.)

---

54) **Heusner** (Barmen). Über Desinfektion der Seidenkatheter.

H. zeigt eine Tafel mit Seidenkathetern aus verschiedenen Fabriken vor, welche durch längeres Kochen desinfiziert worden waren, und an denen man die Einwirkung der benutzten Flüssigkeiten beobachten konnte. In der von Hermann empfohlenen konzentrierten Lösung von schwefelsaurem Ammoniak waren die Instrumente nach 12stündigem Sieden unverändert geblieben. Die Flüssigkeit hat nur den kleinen Nachteil, daß man nach dem Herausnehmen die Kristalle, welche sich massenhaft auf den Kathetern und in ihrem Lumen ansetzen, wieder abwaschen muß. Ähnlich verhält sich den Instrumenten gegenüber, wie H. fand, eine konzentrierte Lösung von schwefelsaurem Natron, sowie Zuckerlösung von 10—15% Gehalt. Weniger schonend und empfehlenswert ist die von Claudius und Bloch empfohlene Kochsalzlösung, sowie die von Goldberg benutzte Borsäure; ferner phosphorsaures Natron. Gar keine konservierende Wirkung hat physiologische Kochsalzlösung, sowie ein Gemisch von Glyzerin und Wasser mit Sublimat. Am zweckmäßigsten fand H. das Erhitzen der Instrumente in Paraffinum liquidum auf dem siedenden Wasserbade. Katheter, die 24 Stunden auf diese Weise behandelt waren, hatten ihren Glanz und ihre Weichheit unverändert behalten. Impfversuche haben ergeben, daß bei diesem Verfahren, wobei die Temperatur des Paraffinöls auf 95—97° ansteigt, nach fünf Minuten infizierte Katheterstücke steril waren. Ureterenkatheter müssen nach dem Auskochen ausgespritzt, abgerieben und trocken aufbewahrt werden; die gewöhnlichen Katheter werden in Paraffinöl selbst aufbewahrt, welches sie auch auf die Dauer nicht angreift. (Selbstbericht.)

---

55) **R. Kutner** (Berlin). Beiträge zur Urologie. (Mit Demonstrationen.)

Der Vortr. berichtete zunächst über 14 Fälle von Bottinischer Operation zur Behandlung der Prostatahypertrophie. Alle 14 Fälle wurden in hiesigen Krankenhäusern ausgeführt, und zwar 2 in der königlichen chirurgischen Klinik — Herr von Bergmann hatte die Güte, ausdrücklich zu gestatten, davon Mitteilung zu

machen — und 12 im St. Hedwigs-Krankenhause auf der chirurgischen Station von Herrn Rotter. Es sind also sämtliche Beobachtungen durch die dortigen Assistenten in vollkommen objektiver Weise gemacht worden. Das Alter der Pat. variierte zwischen 51 und 78 Jahren. Die Krankheitserscheinungen bestanden bei einer Gruppe in Dysurie und Tenesmus mit oder ohne große Residualmengen und größere oder kleinere Spontanentleerungen, bei der anderen Gruppe in kompletter Retention. Von dieser letzteren Gruppe hatte K. zwei Fälle, von der anderen 12. Sämtliche 14 Fälle wurden vorher cystoskopiert, und in sämtlichen Fällen war ein großer Mittellappen der Grund der Beschwerden bezw. der Retention. Was die Erfolge anbelangt, so wurden bei 10 Fällen Besserungen erreicht, die man eigentlich Heilungen im klinischen Sinne gleichstellen kann. Denn es verschwanden die dysurischen Beschwerden und der Tenesmus gänzlich oder fast gänzlich und die Residualmengen ebenfalls. Es blieb zuweilen gar kein Residualharn; in anderen Fällen blieben ganz geringe Quantitäten, d. h. ca. 15 bis 20 g zurück. 2 Fälle wurden wenig gebessert, 1 Fall wurde gar nicht gebessert und 1 Fall kam zum Exitus. Dieser Fall scheidet aber insofern aus der Betrachtung aus, als der Mann schon mit einem sehr schweren septischen Ikterus in das Krankenhaus kam. Gewissermaßen als Ultima ratio entschloß man sich zum Bottini der Mann ist aber trotzdem nach 2 Tagen an seiner Sepsis zugrunde gegangen. Der Vortr. demonstriert von diesem letzten Falle ein Präparat (Blase nebst Prostata), um zu zeigen, mit welcher Exaktheit man den Schnitt bei dem Bottini legen kann. Was die Gefahren; bei der Operation anlangt, so bestehen eigentlich weiter keine, als daß das kaustische Messer nicht in die Rinne des Instrumentes zurückkehrt. Dies geschieht aber nur dann, wenn von dem Assistenten das Instrument nicht genügend fixiert wird. Bei allen 14 Fällen ist es nicht passiert. Bei einem einzigen war ein Moment Schwierigkeit vorhanden; es schien, als ob das Messer an dem Lappen festgehakt sei und nicht zurückkehren wollte; schließlich gelang es aber doch noch, es zurückzubringen. Was die Gefahren nach der Operation betrifft, so bestehen sie in Fieber (als Ausdruck einer Sepsis) und Blutungen. In einer Reihe von Fällen zeigte sich gar kein Fieber, in anderen geringes und nur vereinzelt etwas höheres Fieber. Das höchste Fieber, welches in einem Falle auftrat, betrug 40°. Blutungen wurden fast immer gesehen, 14 Tage bis 3 Wochen nach der Operation, zu jener Zeit, wo sich der Brandschorf abstieß. Diese Blutungen gewannen aber niemals einen bedrohlichen Charakter, mit Ausnahme eines einzigen Falles. Und hier lag die Schuld an dem Pat. selbst, da er sich zu frühzeitig der Behandlung entzogen und eine Eisenbahnfahrt gemacht hatte. Er wurde blutüberströmt wieder in das Krankenhaus eingeliefert, ist aber mit dem Leben davongekommen. Im ganzen hat K. den Eindruck gewonnen, daß man in der Bottini'schen Operation ein Heilmittel besitzt, das nicht

nur klinisch heilt, d. h. dem Pat. die Beschwerden mildert, sondern auch einen tatsächlichen Rückgang der ganzen Erscheinungen bewirkt. Allerdings wird dies in um so geringerem Maße geschehen, je älter der Fall ist, d. h. je mehr die sekundären Veränderungen eingetreten sind. Es ist ganz klar, daß in einem Falle, bei dem schon eine starke Distension der Blase eingetreten ist, ein wesentlicher Erfolg vom Bottini hinsichtlich der Entleerung der Blase nicht erwartet werden kann. Dagegen ist das Resultat um so günstiger, je weniger die sekundären Blasenveränderungen eingetreten sind. Aber auch dort, wo dies schon der Fall ist, sollte man nicht prinzipiell auf den Bottini verzichten. Ein besonders bemerkenswertes Resultat ist nämlich nach K.'s Meinung die Beobachtung, daß die Operation meistens auch auf die dysurischen Beschwerden als solche eine ausgezeichnete Einwirkung ausübt. Er erwähnt besonders einen Pat., den er 3 Jahre später wieder zu sehen und zu cystoskopieren Gelegenheit hatte. Der Pat., welcher Staatsbeamter ist, stand wegen seines dauernden Tenesmus vor der Frage, aus dem Dienst auszuscheiden; er ist aber durch den Bottini seine Beschwerden vollkommen losgeworden. Es sollte daher auch in den Fällen, wo keine großen Residualharnmengen, aber intensiver Tenesmus und starke dysurische Beschwerden bestehen, und wo die mildere Behandlung (Argentuminstillationen usw.) versagt, lediglich deshalb zum Bottini gegriffen werden, um den Pat. von seinen Beschwerden zu befreien.

An zweiter Stelle zeigt der Vortr. einen Blasenstein von einem Pat., welcher schon im urämischen Zustande in seine Behandlung kam, und der Urämie auch trotz der Operation erlag. Der Stein verdient Beachtung wegen seiner exorbitanten Größe. Er wiegt 1 Pfund und ca. 100 g, hat einen Längsdurchmesser von 11 cm bezw. einen Querdurchmesser von 8 cm, und ist wohl das größte bisher in einer menschlichen Blase beobachtete Konkrement. Der Fall war noch besonders dadurch kompliziert, daß der Pat. ein Jahr, bevor er in K.'s Behandlung kam, wegen kompletter Retention ein Krankenhaus aufgesucht hatte. Dort wurde irrtümlich die Diagnose »Striktur« gestellt und die Boutonnière gemacht; die Retention war sicherlich durch den bereits vorhandenen Stein bewirkt. Der Erfolg der Boutonnière war eigentlich nur der, daß der Pat. eine Fistel bekam, die er nie wieder verlor und aus der sich dauernd Harn entleerte. Diese dauernde Entleerung des Harns durch die Fistel, deren Enge selbst das Eindringen der kleinsten Sonde unmöglich machte, gestattete auch nicht, über den Urinbefund bezw. über die funktionelle Tätigkeit der Nieren nähere Aufschlüsse zu gewinnen. Die Entfernung des Steins, welche K. gemeinschaftlich mit A. Rosenstein vornahm, wurde zunächst durch die typische Sectio alta versucht. Als dies mißlang, wurde durch Abtrennung der Rektiinsertionen und Hinzufügung seitlicher Inzisionen die Blase breit eröffnet. Aber selbst jetzt gelang es nur unter An-

wendung von Instrumenten, die für solche Fälle ganz ungewöhnlich sind, wie Nachgeburtszangen u. dgl., den enormen Stein zu entwickeln. Zwei Tage nach der Operation ging der Pat., ohne Fieber gehabt zu haben, unter den ausgesprochenen Erscheinungen des urämischen Komas zugrunde. Die Sektion ergab die von dem Vortr. vorgelegten Nieren, von denen eine gänzlich in eitriger Höhlenbildung aufgegangen war; ebenso war auch bei der anderen fast gar kein Parenchym mehr vorhanden. Die Höhlenbildung erklärt sich ohne weiteres durch den außerordentlichen Seitendruck, den der ungeheure Stein auf die Wandungen der Blase und auf die Ureteren-Mündungen ausgeübt hatte. Das Alter des Steines schätzt K. auf ungefähr 10 Jahre. Es unterliegt kaum einem Zweifel, daß dem Pat., wenn er früher zur Operation gekommen wäre, das Leben hätte erhalten werden können.

Weiterhin zeigte K. noch einen Sterilisator für elastische Katheter (Demonstration), welcher im ganzen nach dem Prinzip seiner



Fig. 1.



Fig. 2.

übrigen Dampfsterilisatoren gebaut ist, jedoch einige Vorzüge aufweist, welche dem Kundigen ohne weiteres einleuchten werden.

Der Apparat (Fig. 1) stellt eine Art Flasche dar, deren Hals, wie die Touristen-Trinkbecher, zusammenschiebbar ist, unten befinden sich eine Spirituslampe (*l*) mit hermetisch schließendem Deckel

und zusammenklappbare Beine. Um den Apparat in Funktion zu setzen, zieht man den Flaschenhals aus, gießt in die obere Öffnung (*o*) zirka 1/4 Liter Wasser, wartet nach Entzünden der Flamme, bis die Dampfentwicklung voll im Gange ist, und hängt an dem Stopfen (*s*) den auf ihn mit einigen Drehungen aufgesetzten Katheter hinein. Der Dampf steigt nun, die Außenseite des Katheters sterilisierend, nach oben, findet den Apparat verschlossen und kann ihn nur durch das Auge und durch das Innere des Katheters — dieses gleichzeitig sterilisierend — bezw. durch den durchbohrten Stopfen bei (*a*) verlassen. In 7 Minuten ist der Katheter dann sicher steril und gebrauchsfertig.

Die einfache Vorrichtung, welche, wie ersichtlich, einen sehr geringen Raum beansprucht, ist in einer kleinen Segeltuchtasche (Fig. 2) enthalten, leicht transportabel und daher auch in der ambulanten Praxis ohne jede Unbequemlichkeit zu verwenden.[1]

Endlich kam K. noch mit wenigen Worten auf die Demonstration des Herrn Casper und das von ihm vorgezeigte »Demonstrationscystoskop« zurück. Das Casper'sche Instrument sei im wesentlichen dasselbe, das er im vorigen Jahre in Gegenwart des Herrn Casper auf der »Ausstellung ärztlicher Lehrmittel« demonstriert habe. Um Gelegenheit zu geben, beide Instrumente zu vergleichen (Demonstration), habe er sein Instrument aufgestellt und bitte die Herren, es in Augenschein zu nehmen; daneben befindet sich das Casper'sche Instrument. Der einzige Unterschied sei eigentlich der, daß dort zur seitlichen Ablenkung der Lichtstrahlen ein Prisma verwendet worden ist, während der Vortr. eine planparallele Glasplatte verwendet hat. (Eine Zeichnung des K.'schen Instrumentes wird auch herumgegeben.) Einen photographischen Apparat hat der Vortr. mit dem Instrument nicht verbunden, obwohl dies ohne weiteres möglich wäre, weil er es für überflüssig hält. Denn die Photographiercystoskope geben so vorzügliche Bilder, daß ein Bedürfnis nach dieser Richtung wohl kaum vorliegt. Dagegen bestand ein wirkliches Bedürfnis, zu Lehrzwecken ein cystoskopisches Bild zu erhalten, welches gleichzeitig einem anderen gezeigt werden konnte. Diesen Zweck erfülle sein Instrument in ausgezeichneter Weise. Ein Vorzug seines Instrumentes gegenüber dem nachgebildeten Casper'schen sei noch, daß es mühelos gestattet, im gewünschten Moment den seitlichen Tubus auszuschalten, so daß das ganze Licht dem Untersuchenden zukommt, während man im nächsten Augenblick, wenn anderen auch das Bild demonstriert werden soll, den seitlichen Tubus einschalten und ein vortreffliches, lichtstarkes Bild des Blaseninnern zeigen kann.

(Selbstbericht.)

[1] Der Fabrikant des Apparates ist F. & M. Lautenschläger, Berlin N., Oranienburgerstr. 54.

56) **A. Rothschild** (Berlin). Über die beginnende Prostatahypertrophie.

R. untersuchte mikroskopisch-anatomisch eine Reihe von 30 Vorsteherdrüsen von Männern aus dem dritten, vierten und Anfang des fünften Lebensjahrzent, also aus der Lebenszeit direkt vor dem klinischen Beginn der als Prostatahypertrophie bekannten Erkrankung, um ihre Histogenese zu studieren. Bei der Auswahl der Organe schloß er vergrößerte Drüsen und alle diejenigen Fälle von der Untersuchung aus, die durch entzündliche Veränderungen der Harnwege kompliziert waren, desgleichen schloß er die Organe von Individuen aus, die an akuten Infektionskrankheiten gestorben waren und von solchen, die Lues hatten. In 27 von 30 Fällen — also in 90% — fand R. gleichartige, chronisch-entzündliche Veränderungen der Prostatadrüsen, nämlich glandulären Katarrh mit Proliferation und Desquamation des Epithels oder Eiterbeimischung zum Sekret und interstitielle Rundzellenansammlungen, herdweise, subepithelial oder periglandulär, teilweise bindgegewebige Schwielenbildungen.

Entspricht einerseits dieses Zahlenverhältnis von 90% entzündlich veränderter Prostatadrüsen dem heute klinisch aufgestellten Prozentsatz von der Häufigkeit der chronischen Prostatitis, so ist es andererseits nach R. von Bedeutung, daß dieselben histologischen Befunde in der Prostata von zwei anderen Autoren festgestellt sind: Finger fand, zwar nur in 7 von 120 Leichen, ganz identische histologische Befunde, fortgeleitet von der chronischen, gonorrhoischen Urethritis. Und Ciechanowski hat ganz dieselben Veränderungen wie Finger und R. bei einer Reihe von vergrößerten Prostatadrüsen (wahrer Prostatahypertrophie) alter Leute festgestellt, in der Auswahl seiner Fälle sonst von denselben Prinzipien wie R. geleitet. R. schließt sich den histogenetischen Ausführungen Ciechanowski's an und verweist auf seine ausführlichere Arbeit im Juliheft von Virchow's Archiv. Ciechanowski stellt fest, daß die Vergrößerung der wahren Prostatahypertrophie hauptsächlich verursacht ist durch die passive Erweiterung der Drüsen infolge der ihre Ausführungsgänge teilweise oder ganz verschließenden subepithelialen und periglandulären, herdförmigen produktiven Bindegewebsprozesse, wobei die Drüsensubstanz schließlich zugrunde gehen kann, und weist nach, daß weder eine glanduläre, neoplastische Wucherung, noch eine primäre aktive Teilnahme der Muskelsubstanz an der Vergrößerung der Prostata im allgemeinen besteht. Indem R. auf die Frage hinweist, was denn aus den klinisch als so häufig erwiesenen und von ihm selbst histologisch als so häufig festgestellten chronisch entzündlichen Veränderungen in der Prostata schließlich werden wird und was für Folgen dieselben haben, hält er diese Frage durch die Untersuchungen Ciechanowski's, Finger's und seine eigenen für beantwortet, die zusammen den histo-

genetischen Zusammenhang der chronischen Prostatitis und der Prostatahypertrophie erklären.

Zur Pathogenese nimmt R. den gleichen Standpunkt wie Ciechanowski ein, daß die Gonorrhöe als häufigste Ursache dieser Prozesse anzusehen sei, und betont schließlich die Notwendigkeit, daß zu gründlicheren Feststellungen über diesen letzteren Punkt die Aufmerksamkeit auch der klinischen Beobachter sich richte auf diese durch histologische Untersuchungsergebnisse begründeten neuen Gesichtspunkte über die Pathogenese der Prostatahypertrophie.

(Selbstbericht.)

---

57) **Reerink** (Freiburg). Anatomisches zum Blasenverschluß bei der Prostatahypertrophie.

R. berichtet über Resultate anatomischer Untersuchungen, die er an 36 älteren männlichen Leichen, darunter 16 Prostatikern, innerhalb der letzten zwei Jahre anstellen konnte. Die Präparate wurden gewonnen durch Injektion einer Gelatine-Glyzerinmasse in die Blase vom Nierenbecken aus nach extraperitonealer Freilegung der Nieren.

In 2 von den 16 Fällen fand sich Verengerung des Orificium int. vesicae, verbunden mit gleichmäßiger Verengerung der Pars prostatica urethrae; in 3 Fällen starke, tumorartige Vergrößerung des Mittellappens, verbunden mit erheblicher Erweiterung der Pars prostatica; in den übrigen 11 Fällen Erweiterung des Orificium int. und starke, fast gleichmäßige Ausdehnung der ganzen Pars prostatica bis unmittelbar vor der normal engen Pars membranacea.

Gegenüber Socin, der die Veränderungen der Lage und des Lumens des prostatischen Teiles der Harnröhre als charakteristisch für die Prostatahypertrophie bezeichnet und das Höhertreten des Orificium vesicale, den sog. »hohen Blasenstand« nur von der Prostatahypertrophie abhängig macht, weist R. nach, daß diese gleichen Verhältnisse, der hohe Blasenstand, auch unter normalen Bedingungen bei starker Füllung der Blase von den Ureteren aus eintreten; sie treten nicht ein, wenn man von der Urethra aus nach Einführung eines starrwandigen Katheters die Blase noch so stark füllt, auch wenn man dann den Katheter vor Erstarrung der Injektionsmasse entfernt und an der Pars pendula komprimiert. R. kommt dadurch zu dem Schluß, daß die Beschwerden der Urinentleerung resp. die Urinverhaltung bei stark gefüllter Blase davon abhängen, daß es am Diaphragma urogenitale als den fixierenden Teil, also an der Pars membranacea, zu Lageveränderungen kommt gegenüber der beweglichen Pars prostatica plus Blase.

Bei den 3 Fällen von starker Entwicklung des Mittellappens der Prostata, der tumorartig in das Blaseninnere hineinragte, gelang es R. nie, den ventilartigen Klappenverschluß bei seinen Versuchen nachzuahmen, trotzdem er den einen Fall schon 3 Stunden post

mortem injizieren konnte und mit über 1000 ccm Inhalt die Blase füllte. Im Einklang damit steht es, daß auch in diesen 3 Fällen die Pars prostatica sehr stark erweitert war. — Die Erfolge einiger Autoren mit der Cystopexie bei Prostatahypertrophie erklärt R. nach seinen Versuchen so, daß nach Fixation der Blase von seiten der letzteren bei stärkerer Füllung ein Zug an der Harnröhre ausgeübt wird, der im Sinne der Urinentleerung in manchen Fällen günstig wirken muß.

Für die Fälle mit weitem Orificium int. und stark ausgedehnter Pars prostatica urethrae, nach seinen Untersuchungen die am häufigsten vorkommenden, hält C. unser jetziges therapeutisches Können für unzureichend. Insbesondere ist für diese Fälle die Bottini'sche Operation entweder zwecklos oder, falls in ausreichendem Maße ausgeführt, sicher alles andere als ein harmloser Eingriff.

Die Resultate seiner Untersuchungen deutet R. dahin, daß die Inangriffnahme der vergrößerten Prostata vom Perineum aus am meisten verspricht; für manche Fälle dürfte die einfache Sectio mediana mit nachfolgender Einlegung eines starken Gummidrains für einige Zeit genügen. Auf jeden Fall sollten aber vor Ausführung eines Eingriffes die anatomischen Verhältnisse mehr als bisher genau erforscht werden, zumal für die Mehrzahl der von R. untersuchten Prostataformen die Cystoskopie keine eindeutigen Resultate geben kann. (Selbstbericht.)

---

58) **Voelcker.** Behandlung der Prostatahypertrophie durch perineale Prostatektomie.

In der Heidelberger chirurgischen Klinik wurde die erste derartige Operation durch Herrn Prof Czerny im Jahre 1901 ausgeführt, an einem 66jährigen Pat., bei dem schon viermal partielle Prostatektomien vom hohen Blasenschnitte aus gemacht worden waren. Jedesmal war die Prostata nachgewachsen. Ein dauerndes Resultat wurde erst erzielt, als die Prostata vom Damme aus in toto enukleiert wurde. Dieselbe Operation wurde in der Folgezeit in zehn weiteren Fällen ausgeführt. Der perineale Weg wurde bevorzugt, weil die Prostata von hier aus gut zugänglich und die Ableitung des Urins leichter möglich ist als bei suprapubischem Vorgehen.

Was die Indikationsstellung zu dieser Operation angeht, so wurden nur solche Fälle gewählt, bei denen die Katheterbehandlung aus irgend welchen Gründen, z. B. schwere Cystitis, häufige Blutungen, Incontinentia urinae, Schüttelfröste, Hodenkomplikationen, Schwierigkeiten oder Unmöglichkeiten des Katheterismus usw., nicht durchgeführt werden konnte. Für die Bottini'sche galvanokaustische Inzision wurden im allgemeinen die kleineren, derben Formen der Prostatahypertrophie mit deutlichem Hindernis für den Katheter reserviert, während große, weiche, leicht blutende Tumoren ohne

schärferes Hindernis für den Katheter von vornherein mehr für Prostatektomie geeignet scheinen.

Besonders geeignet scheint die perineale Prostatektomie für gleichzeitiges Vorkommen von Prostatahypertrophie und Blasenstein.

Die geübte Technik ist folgende:

Steinschnittlage mit erhöhtem Steiß, bogenförmiger Schnitt vor dem After, Vordingen bis auf die sogenannte Prostatakapsel, ein derbes Bindegewebslager, das die hypertrophische Prostata überkleidet und teils durch Lagen der tiefen Beckenfascie, teils durch die äußersten, fibro-muskulären Schichten der Prostata selbst dargestellt wird. Sie wird median gespalten, der Schnitt durch das Prostatagewebe bis in die Harnröhre vertieft, dann die knolligen Adenomyome, welche den Tumor bilden, größtenteils stumpf enukleiert. Zweierlei ist dabei zu beachten:

1) man muß sich streng innerhalb der erwähnten Kapsel halten;

2) man muß eine quere Durchtrennung der Harnröhre vermeiden, ihre vordere Wand und damit ihre Kontinuität muß erhalten bleiben.

Nachbehandlung: zuerst acht Tage Drainage der Blase vom Damme aus, dann Verweilkatheter durch die Urethra.

Von den elf operierten Pat. sind zwei gestorben, einer zehn Stunden nach der Operation an Herzschwäche (Narkosenwirkung?), der andere, bei dem ein maligner Tumor vorlag, an Septikopyämie.

Von den übrigen neun Pat. steht einer noch in Behandlung. Von den übrigen acht Pat., die im Alter von 62—80 Jahren stehen, sind vier fistellos mit sehr guter Funktion und Kapazität der Blase geheilt, bei einem besteht eine kleine Urinfistel nach dem Damme zu, die nur wenige Tropfen im Tage entleert und wahrscheinlich sich noch schließen wird, bei zwei besteht eine dauernde Kommunikation zwischen Rektum und Urethra, wodurch die Pat. aber nicht sehr belästigt sind.

Bei einem der Operierten hat sich nachträglich eine Verengerung an der Operationsstelle ausgebildet; bei ihm war die Prostata in toto mitsamt der Kapsel exstirpiert worden.

Durch exaktere Ausbildung der Technik und Beobachtung der Kontraindikationen, als welche Schrumpfniere, Pyelitis, Myokarditis und hochgradige Arteriosklerose anzusehen sind, werden sich die jetzt schon beachtenswerten Operationsresultate wahrscheinlich verbessern lassen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Freudenstein (Berlin) warnt davor, bei der Bottini'schen Operation den Schnitt zu weit nach vorn und zu weit nach den Seiten zu machen.

Schoemaker (Haag) wählt für die Enukleation der Vorsteherdrüse die suprapubische Blaseneröffnung. Nach Spaltung der Blasenschleimhaut lasse sich die Prostata leicht entfernen.

Herhold (Altona).



59) **Enderlen** (Marburg). Blasenektopie.

E. bespricht das Zustandekommen der Blasenektopie auf Grund von Untersuchungen, welche er im Marburger anatomischen Institut anstellte. Er demonstriert die verschiedenen Stadien der Entwicklung der Blase an der Hand von stereoskopischen Bildern. (Modelle von menschlichen Embryonen 4, 5—6, 8, 9, 12, 14, 16, 17, 18 mm lang). Aus diesen und den Tafeln ergibt sich, daß für die Lehre von der Blasenektopie das wichtigste die Kloakenmembran ist.

Normalerweise soll ein Zurückweichen des vorderen, oberen Fortsatzes der Kloakenmembran in proximal distaler Richtung unter Vorlagerung des Genitalhöckers stattfinden. Fehlt dieses Zurückweichen und bleibt der Genitalhöcker im Wachstum zurück, so sind die Bedingungen nicht nur für eine Eröffnung an normaler Stelle gegeben, sondern über dieselbe hinaus kopfwärts durch die äußeren Genitalien, auf denselben und entlang der Bauchwand bis zum Nabel. Je früher dieses Zurückweichen aussetzt, desto höher hinauf wird der Spalt reichen. (Selbstbericht.)

60) **R. Frank** (Wien). Ein neuer Blasenschnitt (Cystotomia perinealis).

Die hohe Mortalität der Sectio alta, welche hauptsächlich in den Gefahren der Nachbehandlung begründet ist, legte F. den Wunsch nahe, ein Verfahren zu suchen, welches den Indikationen der Sectio alta entsprechen könnte, aber eine einfachere und weniger gefährliche Nachbehándlung gestatte.

Auf Grund von Erfahrungen, die F. im Laufe der Jahre mit der perinealen Methode der Mastdarmablösung nach O. Zuckerkandl in bezug auf Bloßlegung der hinteren unteren, peritoneumfreien Blasenwand gemacht hatte, legte er sich folgendes Verfahren zurecht:

Querer perinealer Schnitt und Ablösung des Mastdarmes von der Prostata. Die Ablösung des Mastdarmes wird stumpf mit den Fingern im Septum rectovesicale fortgesetzt, bis die hintere Blasenwand, die Samenbläschen und endlich die Douglas'sche Falte bloßliegen. Die Douglas'sche Falte läßt sich mit den Fingern noch ein Stück von der Blase ablösen und hinaufdrängen. Setzt man nun lange Spateln ein, so überblickt man die Prostata und die von deren hinterem Rande bis zur Douglas'schen Falte in einer Ausdehnung von 6—7 cm freiliegende Blase (Sanson'sches Dreieck). In dieser Ausdehnung kann die Blase auf einem Itinerarium median gespalten werden. Setzt man nun die Spatel in die Blasenwunde ein, so kann man Einblick in die Blase bekommen. Durch Eversion der Ränder der Blasenwunde kann man die derselben benachbarten Teile der Blasenschleimhaut zur Ansicht bringen.

F. hat nach diesem Verfahren bisher dreimal operiert: ein walnußgroßes, rechts oben von der rechten Uretermündung sitzendes Papillom bei einem 63jährigen, fettleibigen, anämischen Manne, der nach 14 Tagen vollständig kontinent und in vier Wochen ganz geheilt war; einen 4,5 : 3,5 : 3 cm messenden Blasenstein bei einem 30jährigen Manne mit schwerer Cystitis; Kontinenz nach 12 Tagen, vollständige Heilung in drei Wochen. Der dritte Pat., ein 59jähriger kachektischer Mann mit schwerer Cystitis, bei welchem sieben Steine von Haselnuß- bis Nußgröße entfernt worden waren, starb sieben Stunden nach der Operation plötzlich. Die Obduktion ergab fettige Degeneration des Herzmuskels, Arteriosklerose, Schrumpfniere und beiderseitige Hydronephrose, Cystitis, Divertikelblase. Der als Chok aufzufassende Exitus fällt wohl nicht der Operationsmethode zur Last.

Was die Leistungsfähigkeit der Methode anlangt, so glaubt F., daß sie vielen Indikationen, die heute ausschließlich der Sectio alta zufallen, werde genügen können.

Fremdkörper jeder beliebigen Größe werden sehr leicht auf dem Wege aus der Blase entfernt werden können; für Papillome, die ja meist in der Umgebung des Trigonum sitzen, eigne sie sich gut; auch dürften Blasenkarzinome samt der Blasenwand so exzidiert werden können.

Den Hauptvorteil der perinealen Cystotomie gegenüber der Sectio alta sieht F. in der außerordentlichen Vereinfachung der Nachbehandlung, in den geringen Beschwerden der Pat., der wesentlich kürzeren Heilungsdauer und somit der Ausschaltung einer großen Zahl von der Sectio alta anhaftenden Gefahren. Da der Urin der Schwere nach durch einen taschenlosen Kanal abfließt, sei die Gefahr der Urininfiltration auf ein Minimum reduziert.

Die Schnittwunde der Blase zeige breite, für die Verklebung sehr geeignete Flächen.

Da die Blasenwunde tief in dem im Septum gesetzten Kanale verborgen liegt, sei Fistelbildung nahezu ausgeschlossen.

Die Zeit der Bettruhe beträgt nur 8—10 Tage; während dieser Zeit ist beliebiger Lagewechsel möglich. Zum Unterschiede von der Sectio mediana und der Sectio lateralis, welche die Urethra resp. den linken Prostatalappen durchtrennen, eröffnet die Cystotomia perinealis die Blasenwand selbst. (Selbstbericht.)

---

61) **Werckmeister** (Zittau). Eine Fistelkanüle und ihre Verwendbarkeit.

Nach Anlegung einer Witzel'schen Schrägfistel an der Blase wegen Prostatahypertrophie erlebte W., daß der hochgradig nervöse Pat. sich den ein-, zum Glück aber nicht nach Zweifel und Kader festgenähten Nélaton kurz nach der Operation teilweise herausriß, was eine empfindliche Störung des Wundverlaufes zur Folge hatte.

Zunächst nur in der Absicht, solche Zwischenfälle zu verhüten, konstruierte W. seine Kanüle[1].

Streng genommen wäre das Instrument als »Zwischenstück« und nicht als Kanüle zu bezeichnen, da es erst in Verbindung mit dem in den Hohlraum führenden Gummirohr als Kanüle wirkt; doch sieht es schon äußerlich einer Kanüle so ähnlich, und seine Wirkung in Verbindung mit dem Gummirohr ist so völlig die einer Kanüle, daß man dem Instrumente unbedenklich den Namen einer Kanüle geben kann.

Da eine solche Fistelkanüle weder in der Literatur beschrieben noch nach dem Ausfall von Umfragen bisher bekannt ist, vor allem aber weil ihre praktische Verwendbarkeit, wie weiter unten ausgeführt, eine vielseitige ist, so folgt eine kurze Beschreibung des Instrumentes.

Das Instrument ähnelt in Größe und Aussehen einer Trachealkanüle und wird wegen der verschiedenen chemischen Einwirkungen, denen es ausgesetzt ist, am besten aus Silber gefertigt. Wie bei den Trachealkanülen artikuliert ein Metallrohr mittels zweier Stifte und Bügel auf einem Metallschild, das es durchsetzt; das Metallrohr trägt an dem äußeren bezw. vorderen Ende sowohl wie an dem inneren eine leichte Einziehung, die dazu dient, das Überstreifen des Gummirohres zu erleichtern. Das Schild der Fistelkanüle ist grundverschieden von dem der Trachealkanüle; es besteht aus drei konzentrischen ineinander übergehenden Teilen: 1) dem in der Mitte gelegenen, abgestumpft nagelförmigen eigentlichen Schilde, auf dem das Metallrohr artikuliert, 2) der ovalen Fläche, mittels deren das Instrument dem Körper anliegt, 3) dem aufgebogenen Rande, an dem jederseits drei Öffnungen für die Befestigungsbänder.



Das zur Wunde bezw. Fistel führende verschmächtigte Stück des Metallrohres liegt völlig innerhalb des unter 1) erwähnten eigentlichen Schildes, damit es nicht in die Fistel hineinreicht. Um das Schmierigwerden der abgesonderten Sekrete aber zu verhüten, sind in dem den eigentlichen Kanülenschild bildenden abgestumpften Kegel vier Öffnungen eingelassen (vgl. Abbildung und nähere Beschreibung in den »Verhandlungen«).

Namentlich anfangs tut man gut, ein Salbenläppchen unter das Instrument zu legen. —

Bei der Blasenfistel kann das Instrument dem Kranken die Geschäftsfähigkeit wiedergeben. Die Urinableitung funktionierte in dem von W. operierten Falle so gut, daß der Kranke mittels des — für gewöhnlich durch einen Hahn verschlossenen — Gummischlauches

[1]. Zu haben bei dem Instrumentenfabrikanten Carl Wendschuck, Dresden, Struvestraße 11.

beim Stehen in gewöhnlicher Weise urinieren konnte, man also gewissermaßen von einem künstlichen Penis sprechen konnte.

Diese Fistelkanüle ist also fast noch wichtiger für den Kranken, wenn man die Fistel aus irgend welchem Grunde als Dauerzustand etablieren will. In derselben Weise wird die Fistelkanüle bei der Gastrostomie, überhaupt bei allen nach Witzel und Kader angelegten Fisteln verwandt.

Bei Magenfisteln wird man eine größere Nummer des Instrumentes verwenden und einen Hahn auf dem Metallrohr der Kanüle anbringen, während man ihn bei der Blasenfistel besser an das vordere Ende des Gummischlauches verlegt.

Auch nach Anlegung von Gallenblasenfisteln dürfte diese Fistelkanüle den in die Gallenblase führenden Gummischlauch sicherer fixieren, als die bisher üblichen Methoden, sowie sonstige Vorteile mit sich bringen.

Auf der Anwendung dieses Instrumentes und einer bestimmten Plastik basiert W. eine neue Operationsmethode für angeborene Blasenspalte; er wird dieselbe an anderer Stelle veröffentlichen.

(Selbstbericht.)

62) **Kümmell** (Hamburg). Die neueren Untersuchungsmethoden und die operativen Erfolge bei Nierenkrankheiten.

Wenn ich heute vor Ihnen nochmals ein Thema einer kurzen Besprechung unterziehe, welches schon auf dem letzten Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zum Teil wenigstens den Gegenstand meines Vortrags bildete, so geschieht es nicht sowohl, um Ihnen Mitteilung über meine weiteren auf dem Gebiete der Chirurgie der Nierenkrankheiten gemachten Erfahrungen über die Fortschritte in der Diagnose und über die operativen Erfolge zu machen, als vielmehr den neuen Untersuchungsmethoden zu der Anerkennung und allgemeinen Verbreitung und Anwendung zu verhelfen, welche sie nach unserer Erfahrung verdienen, aber noch nicht gefunden haben. Im Laufe des Jahres sind besonders bei den Methoden der Bestimmung der Funktionsfähigkeit der Nieren, so auch bei der von uns am meisten geübten Kryoskopie des Blutes von einzelnen Beobachtern so verschiedene, von unseren Erfahrungen weit abweichende Zahlenwerte gefunden, daß bei der Richtigkeit derselben die Bedeutung und die Zuverlässigkeit der Methode wesentlich herabgemindert wurde. Bei über 500 Bestimmungen des Gefrierpunktes des Blutes hat uns die Methode bisher niemals im Stich gelassen, sondern hat bis jetzt stets das gehalten, was wir nach den ersten Beobachtungen von ihr erhoffen durften.

Unser Erkennen und Können auf dem Gebiete der Nierenchirurgie ist in den letzten Jahren ein vollkommen anderes geworden. Während man früher bei den Untersuchungsmethoden auf den ge-



übten Blick, die palpierende Hand und die Harnuntersuchung allein angewiesen war, hat sich die Nierenchirurgie wie keine andere Wissenschaft in letzter Zeit die physikalischen und technischen Errungenschaften der Neuzeit praktisch dienstbar zu machen verstanden. Wir haben es nicht mehr nötig, durch eingreifende Voroperationen, durch Blasenschnitt und Laparotomie uns von dem Vorhandensein einer zweiten Niere zu überzeugen, Methoden, die uns trotzdem nicht in den Stand setzten, einen sicheren Aufschluß über die Funktion des als vorhanden nachgewiesenen Organs zu erlangen. Nach wissenschaftlich fest begründeten Methoden kann der Chirurg jetzt feststellen, ob ein zweites Organ vorhanden ist und ob es imstande ist, die Arbeit für das zu entfernende mit zu übernehmen. Mit einem wohltuenden Gefühl der Sicherheit kann er jetzt nach vorher festgestellter Diagnose die Entfernung des erkrankten Organs, ohne durch die Insuffizenz des anderen überrascht zu werden, vornehmen. Während wir in früheren Jahren in sechs Fällen von Nierenexstirpation einen tödlichen Ausgang wegen Fehlens oder Insuffiziens des anderen Organs zu beklagen hatten, haben wir nach Anwendung der neueren diagnostischen Hilfsmittel in 72 Fällen von Nephrektomien nicht einen einzigen Nierentod beobachtet, obwohl mehrfach das zurückbleibende Organ zwar nicht vollkommen gesund, wohl aber, wie vorher festgestellt, arbeitsfähig und imstande war, die Leistungen für das fehlende mit zu übernehmen, wenn sich der Gefrierpunkt unter 0,6 bewegt. In zwei später zu erwähnenden Todesfällen war der Gefrierpunkt über 0,6.

Unsere moderne Nierenchirurgie steht unter dem Zeichen der Röntgenröhre, des Cystoskops und des Harnleiterkatheters, sowie der funktionellen Untersuchungsmethode, die besonders in der Kryoskopie zum Ausdruck gelangt.

Was die erste Untersuchungsmethode, die Verwendung der Röntgenstrahlen in der Nierenchirurgie anbetrifft, so liegt, abgesehen von dem Feststellen deutlicher Nierenschatten bei Tumoren und anderen pathologischen Zuständen, in einzelnen Fällen ihre wesentlichste Bedeutung in dem Erkennen der Nierensteine. Während bisher und zum Teil auch heute noch der Nachweis von Nierensteinen mittels Röntgenstrahlen für eine nicht sichere Untersuchungsmethode gehalten wurde, der man bei positiven Resultaten wohl eine Beweiskraft zuschreiben konnte, während ein negatives Ergebnis das Vorhandensein von Steinen in Nierenbecken und Harnleiter nicht ausschließen ließ, stehen wir jetzt auf einem weit günstigeren positiven Standpunkt. Mit der technischen Verbesserung des Röntgenverfahrens, mit der weiteren Ausbildung dieser Untersuchungsmethode ist uns in letzter Zeit der Nachweis aller Nierensteine mit einer durch besondere Verhältnisse bedingten Aufnahme auf die Röntgenplatte stets gelungen. Durch unsere Erfahrung haben wir die Überzeugung gewonnen, daß jeder Nierenstein auf einer guten Röntgenplatte bei Beobachtung der erforderlichen tech-

nischen Maßnahmen sichtbar wird, und daß andererseits beim Fehlen eines Nierensteinschattens kein Konkrement vorhanden ist. Unsere Erfahrung stützt sich auf die einwandsfrei in 28 Fällen auf der Röntgenplatte nachgewiesenen Steinschatten, bei denen 24mal der chirurgische Eingriff, 2mal die Sektion einen genau dem Schatten entsprechenden Stein zutage förderte — zwei Fälle mit positivem Röntgen- und klinischem Befund sollen noch genannt werden —; andererseits steht uns fast eine ebenso große Reihe von Beobachtungen zur Verfügung, bei denen klinisch die Möglichkeit eines Steines wohl vorlag, das Röntgenbild dagegen einen negativen Ausweis brachte, und bei der Operation Hydro- oder Pyonephrosen u. dgl., einmal ein Tumor gefunden wurde.

Während man früher zum Sichtbarmachen von Steinschatten einen schlanken Körperbau, das Vorhandensein eines größeren Konkrements von möglichst harter Konsistenz als Haupterfordernis ansah und bei stärkerem Fettpolster und weichen, kleinen Steinen die Schattenbildung von vornherein für aussichtslos hielt, gelingt uns jetzt ohne Rücksicht auf den mehr oder weniger starken Ernährungszustand des Pat., die chemische Zusammensetzung oder die Größe des Steines die Wiedergabe desselben auf der Röntgenplatte.

Die chemische Untersuchung unserer auf der Röntgenplatte dargestellten und durch die Operation gewonnenen Steine ergab in 11 Fällen Phosphate, 5mal kohlensauren Kalk, 6mal Oxalate, 1mal fast reine Harnsäure, 1mal reines Cystin. Die Größe der Steine schwankte von Erbsen- bis Kinderfaustgröße, Gewicht zwischen 0,1 und 75 g. Ohne hier auf die Einzelheiten der Technik näher einzugehen, welche wir in einer früheren Arbeit ausführlicher besprochen haben (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII Hft. 3), und die in dem soeben erschienenen Röntgenatlas: »Die Diagnose des Nierensteins von O. Rumpel« sehr eingehend behandelt wird, sei nur erwähnt, daß eine sorgfältige Lagerung des zu Untersuchenden, eine anatomisch genaue Bestimmung des Sitzes des Steines und eine gute weiche Röhre diejenigen hauptsächlichsten Momente sind, welche die Herstellung brauchbarer Bilder stets gewährleisten. Notwendig wird es zu einer sicheren Diagnose stets sein, mehrere Aufnahmen zu machen, und auf sämtlichen Platten muß sich der Steinschatten in seiner Lage sowohl wie in seiner Kontur konstant wieder finden. Es scheint uns dies ein sehr charakteristisches Merkmal und ein differentialdiagnostisch wichtiges, für einen Stein sprechendes Moment zu sein. Was den Sitz des Steines auf der Röntgenplatte anbetrifft, so zeigt sich der Schatten meist einige Zentimeter seitlich von der Wirbelsäule entfernt, etwas unterhalb der zwölften Rippe, an der Stelle, die anatomisch der Gegend des Nierenbeckens entspricht und ungefähr den Schnittpunkt einer durch die Mitte des zweiten Lendenwirbelkörpers gelegten Horizontalen mit der zwölften Rippe bildet. Zuweilen kommt auch der Steinschatten etwas höher auf die zwölfte Rippe zu liegen. Größere Schwankungen in ihrer Lage zeigen die

sekundären Steine in pyonephrotischen Nieren, indem mit der Ausdehnung und Formveränderung des Nierenbeckens die Steine nach der tieferen Stelle hinsinken und dort korallenartig in die erweiterten Kelche und den Ureteraustritt hineinwachsen. Die dadurch entstehenden zackigen Bilder, bei welchen der in das Nierenbecken und in den Ureter hineinragende Sporn medianwärts schräg nach unten ragt, bilden ein sehr charakteristisches Unterscheidungsmittel von Darminhalt und anderen täuschenden Schatten. Bei hochgradiger Hydronephrose kann der Steinschatten weit tiefer in der Höhe der Beckenschaufel sichtbar werden. In einem Falle von Hufeisenniere, deren linke Hälfte, hydronephrotisch entartet, im Innern Steine enthielt, lag der Steinschatten dicht neben dem zehnten Lendenwirbel. Eine derartige Verlegung des Steinschattens würde daher an eine Hufeisenniere denken lassen. Ein talergroßer Schatten erwies sich neben kleinen, runden Steinen nach Entfernung der pyonephrotischen Nieren als ein mit festgeschichtetem Nierensand ausgefüllter, stark erweiterter Nierenkelch. Auch die feinsten Körnchen gaben bei der dichten Anhäufung einen deutlichen Schatten.

Sehr wichtig ist die sachgemäße Betrachtung der Röntgenplatte, zu deren richtiger Deutung nicht nur eine gewisse Übung im Beobachten, sondern auch eine zweckentsprechende gute Beleuchtung notwendig ist. Wir pflegen unsere Platten im dunklen Raum in einem verschieden hell zu beleuchtenden Lichtkasten, eventuell durch ein Operngias zu betrachten, um dadurch bei genügender Entfernung die Konturen deutlicher zutage treten zu lassen und die zarten Schatten sicherer deuten zu können.

Was nun die Anwendung des Cystoskops in der Nierenchirurgie anbetrifft, so ist dieses schon längst chirurgisches Gemeingut geworden, da seine Vorzüge bei einfacher Handhabung zu augenscheinliche sind. Der Ureterenkatherismus dagegen hat noch gegen manche Vorurteile zu kämpfen, die, wie mir scheint, mehr auf theoretischer Erwägung als auf praktischer Erfahrung beruhen. Ich glaube nicht, daß derjenige ein Gegner des Ureterenkatheterismus ist oder Nachteile von demselben gesehen hat, der die Technik vollständig beherrscht. In den Ausnahmefällen, in denen ich eine Nierenoperation bei unmöglicher Ausführung des Ureterenkatheterismus vorzunehmen gezwungen war, konnte ich ein Gefühl der Unsicherheit und der unvollständigen Diagnose nicht unterdrücken, und ich habe mich, da mir der Zustand der anderen Niere nicht bekannt war, mit einer Nephrotomie begnügt, um nach Klarstellung der Verhältnisse die Nephrektomie folgen zu lassen, trotz der daduch notwendig werdenden Komplikation des Wundverlaufs und der größeren Gefährdung des Pat. Ich habe besonders die Nierenerkrankungen bei Kindern im Auge, die einen operativen Eingriff verlangen, und bei denen die Enge und Kleinheit der Urethra ein Einführen des Ureterencystoskops nicht gestattete. Bei Mädchen

im Alter von 14 Jahren und Knaben von 15 Jahren ist mir der Ureterenkatheterismus gelungen.

In vielen Fällen wird gewiß schon der Blasenspiegel wichtige Aufschlüsse über eine bestehende Nierenerkrankung geben können. Zunächst zeigt uns das Cystoskop, ob zwei Uretermündungen vorhanden sind, ferner ob dieselben funktionieren und endlich, ob klarer, trüber oder blutiger Urin aus demselben austritt. Oft wird auch eine Veränderung der Ureterenmündung auf eine Nierenerkrankung schließen lassen; dieselbe kann klaffen, die Schleimhaut prolabieren, die umgebende Blasenschleimhaut entzündliche Erscheinungen darbieten, oder es können Ulzerationen in der Umgebung der verdächtigen Ureterenmündung bestehen, wie wir dieses fast ausnahmslos bei der Nierentuberkulose zu beobachten Gelegenheit haben. Aber alle diese Symptome sind mehr oder weniger subjektive Wahrnehmungen, die Täuschungen aller Art ausgesetzt sind. Das objektive Urteil verlangt den austretenden Urin zur physikalischen und chemischen Untersuchung, ehe er sich mit dem Sekret der anderen Niere in der Blase vereinigt und durch die Urethra nach außen entleert hat. Das sicherste und allein einwandsfreie Mittel aber, sich diesen »Nierenurin« zu verschaffen, besteht in der Sondierung der Harnleiter.

Wir haben wiederholt die in letzter Zeit konstruierten Apparate geprüft, die ein getrenntes Auffangen der Nierenurine ohne Ureterenkatheterismus ermöglichen sollen. Gerade für diejenigen Fälle, bei denen der Ureterenkatheterismus wegen Verlagerung der Ureterenmündung, wegen hochgradiger Schrumpfblase und aus sonstigen Gründen unausführbar ist, und die uns auch bei der größten Übung zuweilen entgegentreten werden, würden diese Apparate von der größten Wichtigkeit sein, und ich möchte ihre Anwendung für diese Ausnahmefälle stets empfehlen. Den Ureterenkatheterismus zu ersetzen und absolut einwandsfreie Resultate wie diese zu liefern, scheinen sie nach unseren Erfahrungen außer stande zu sein.

Sowohl der von Neumann angegebene Harnscheider, wie der von Down konstruierte Apparat, welch letzterer eine Scheidewand zwischen den beiden Ureterenmündungen durch vaginale bezw. rektale Einstülpung des Blasenbodens anstrebt, gestatten uns ein sicheres, getrenntes Auffangen der Nierensekrete. Auch die neuerdings von Luys und Cathelin konstruierten Harnsegregatoren, bei denen eine sehr sinnreiche Idee durch eine technisch vorzügliche Ausführung verwirklicht ist, brachten uns oft keine einwandsfreien Resultate, wenn auch vielfach die gewonnenen Sekrete jeder einzelnen Niere mit den durch den Ureterenkatheterismus gesammelten übereinstimmten. Während der Luys'sche Apparat ein katheterförmiges Instrument mit einer dem Blasenboden entsprechenden Krümmung darstellt, nach dessen Einführung eine die Blase in zwei Hälften teilende Gummimembran durch einen einfachen Mechanismus ausgespannt wird, läßt sich bei dem Cathelin'schen Instrument die

Blase ebenfalls durch eine Kautschukmembran, die nach der verschiedenen Kapazität der Blase eingestellt werden kann, in zwei Hälften teilen. Gleichzeitig führen zwei nach der Gegend der Ureterenmündung zu drehende Katheter den Urin jeder Seite nach außen ab. Bei einer Pat. mit nur einer Niere, bei der die rechte wegen Vereiterung operativ entfernt war, floß das Sekret aus der rechten Seite des Luys'schen Segregators, also gerade aus der Seite, wo die Niere fehlte, ab; in einem anderen Falle mit nur einer Niere fand eine Entleerung aus der richtigen Seite statt. Wenn man öfter mit dem Blasenspiegel die Ureterenmündungen beobachtet hat, wie sie oft dicht nebeneinander, oft schräg verzogen daliegen und sich bei den kleinsten Bewegungen des Untersuchten verschieben, so wird man es zwar nicht für ausgeschlossen, aber oft vom Zufall abhängig halten müssen, wenn gerade die beiden Ureterenöffnungen in die beiden künstlich hergestellten Teiche einmünden, aus denen dann die getrennten Katheter den Urin nach außen beförden sollen. Daß ein nicht absolut sicheres Anliegen des katheterförmigen Instruments oder der Gummimembran an die Blasenwand und dadurch eine Vermischung der Sekrete der beiden Nieren recht leicht möglich ist, leuchtet von vornherein ein. Unter allen Umständen aber nimmt der Nierenurin erst seinen Weg durch die Blase und kann nicht einwandsfrei und direkt, wie beim Ureterenkatheterismus, aus den Nieren aufgefangen werden. Immerhin geben diese Instrumente in vielen Fällen gute Resultate und ist ihre Anwendung besonders bei der Unmöglichkeit des Ureterenkatheterismus zu empfehlen.

Es ist mit Freuden zu begrüßen, daß der früher so viel angefeindete Ureterenkatheterismus jetzt mehr und mehr Verbreitung und praktische Anwendung findet. Es ist allerdings eine gewisse technische Übung und Geschicklichkeit des Untersuchenden Voraussetzung seines Gebrauchs. Ein Cystoskop in einer ungeübten und ungeschickten Hand ist ein Marterinstrument für den Kranken, während die leichte und gewandte Handhabung auch der Ureterensonde dem Untersuchten keine erheblichen Schmerzen verursacht. Wir haber außer bei Kindern kaum nötig gehabt, die Narkose dabei in Anwendung zu ziehen und konnten durch Einspritzung einer 1—2%igen Eukainlösung oder durch Ausspülung der Blase mit 1%iger Antipyrinlösung die Schmerzhaftigkeit auf ein Minimum reduzieren.

Von Instrumenten haben wir früher stets das von Casper konstruierte Ureterencystoskop, welches sich durch einen vorzüglichen optischen Apparat auszeichnet, angewandt, während wir neuerdings außerdem ein von Reiniger, Gebbert & Schall fabriziertes Cystoskop, welches wegen seiner auswechselbaren Optik zugleich als Spülkatheter benutzt werden kann und andererseits ein indirektes Auffangen des aus der nicht katheterisierten Niere entleerten Urins gestattet, vielfach benutzen. Auf die technischen Einzelheiten, welche wir in der bereits zitierten Arbeit eingehender besprochen haben,

will ich hier nicht näher eingehen. Hauptbedingung für die Anwendung der Harnleitersondierung ist, wie bei jedem chirurgischen Eingriff, die Wahrung der peinlichsten Aseptik resp. Antiseptik. Die Sterilisation des Cystoskops sowie der Sonden, die gründliche Ausspülung der Blase durch sicher sterilisiertes Glyzerin und andere Momente muß man als selbstverständlich voraussetzen. Die theoretisch wohl denkbare Infektionsmöglichkeit wird durch die peinlich durchgeführten antiseptischen Maßnahmen auf ein Minimum reduziert, und die praktische Erfahrung an einem Untersuchungsmaterial, das sich auf mehrere Hundert belaufen dürfte, hat uns bisher die Gefahrlosigkeit der so ausgeübten Methode glänzend bestätigt. Dabei handelt es sich ausschließlich um Pat., die nach der Katheterisierung längere Zeit unter genauer ärztlicher Kontrolle standen.

Wenden wir uns nun zu der neuesten und nicht minder wichtigen Untersuchungsmethode, der Bestimmung der Nierenfunktion, so haben wir die verschiedensten, dasselbe Ziel verfolgenden Verfahren in Anwendung gezogen, die Injektion von Methylenblau, die Phloridzinmethode, die Bestimmung der Dichte der Lösungen aus dem elektrischen Leitvermögen und die Kryoskopie. Der letzteren, der Gefrierpunktsbestimmung des Harns und vor allem des Blutes, welche uns die sichersten und einwandfreiesten Resultate zu geben schien, haben wir uns später fast ausschließlich zugewandt und sie als die die Nierenfunktion am einfachsten und sichersten bestimmende Methode bevorzugt. Ein Urteil über die anderen Maßnahmen, besonders über die uns sehr wertvoll erscheinende Phloridzinmethode, dürfen wir uns daher bei dem nicht ausreichenden Beobachtungsmaterial nicht gestatten.

Wenn auch die Kryoskopie keine ganz neue Wissenschaft mehr ist, so ist sie doch in ihrer praktischen Anwendung in der ärztlichen Forschung auffallend wenig bekannt. Dies mag z. T. seinen Grund haben in der weit verbreiteten Ansicht, daß es sich um ein technisch sehr schwieriges und umständliches Verfahren handele, besonders aber fehlt es unseres Erachtens an Veröffentlichungen, die eine kritische Beurteilung auf Grund eigener Beobachtung und Erfahrung an einer größeren Reihe von Fällen darbieten.

Wir haben seit etwa drei Jahren methodisch die Gefrierpunktsbestimmung von Blut und Harn vorgenommen, und unsere Untersuchungsprotokolle weisen weit über 500 Fälle auf. Wir glauben daher, daß unseren Schlußfolgerungen eine gewisse Tragweite im praktischen Sinne zukommen dürfte.

Da es sich um eine exakte physikalische Untersuchungsmethode handelt, die — wie uns zahlreiche Zuschriften bewiesen — in ärztlichen Kreisen nur wenig bekannt ist, da ihre Beschreibung fast nur in physiologischen und physikalischen Zeitschriften erfolgt, mag hier nochmals ganz kurz das Gebiet der Physik gestreift werden.

Die Idee, die der ganzen Methode zugrunde liegt, ist die, daß die Nierentätigkeit im osmotischen Sinne aufgefaßt wird, d. h. mit anderen Worten, daß die Nierenarbeit berechnet wird aus dem Produkt der Drüse, dem Urin, und dem Entstehungsmaterial, dem Blut bezw. dem Serum, und daß diese beiden Flüssigkeiten, deren Lösungsmittel Wasser ist, den Gesetzen der Osmose unterworfen sind. Unter Osmose aber verstehen wir die zwischen zwei chemisch gleichen Lösungen von verschiedener Konzentration bestehenden Wechselbeziehungen, die auf einen Ausgleich dieses Konzentrationsunterschiedes gerichtet sind. Der Ausgleich des osmotischen Druckunterschiedes zwischen Blut bezw. Serum und Urin findet in der Niere statt. Kraft ihrer beiden antagonistisch wirkenden Funktionen, der sezernierenden des Glomerulus und der resorbierenden der gewundenen Kanälchen, übernimmt sie, nach beiden Seiten hinsteuernd, die Regulierung dieser Spannungsunterschiede, die im Organismus täglich durch den Stoffwechsel, die Herztätigkeit usw. beeinflußt werden.

Diese geistvolle Theorie, die auf van t'Hoff's Lehre vom osmotischen Druck sich aufbaut, wurde von A. v. Korányi aufgenommen, der dadurch das Verdienst hat, der praktischen Medizin eine neue Untersuchungsmethode geschaffen zu haben. Korányi fand, was auch schon vorher im physiologischen Laboratorium von anderer Seite festgestellt war, beim Menschen eine große Konstanz der osmotischen Konzentration des Blutes bei normaler Nierenfunktion, dagegen eine Konzentrationserhöhung des Blutes bei Nierenerkrankungen. Ferner ging mit dem Steigen der osmotischen Konzentration des Blutes eine Konzentrationsverminderung des Urins Hand in Hand. Dies wurde gedeutet in dem Sinne, daß bei normaler Nierenfunktion sämtliche N-haltigen Moleküle im Urin ausgeschieden wurden, während bei gestörter Funktion eine Retention harnfähiger Stoffe im Blute stattfände.

Von diesen außerordentlich interessanten Tatsachen, die Ende der neunziger Jahre in mehreren Publikationen v. Korányi's erschienen, und welche von anderen (Richter und Roth, Senator, Casper, Lindemann u. a.) bestätigt wurden, glaubten auch wir praktischen Nutzen für die Nierenchirurgie ziehen zu können, besonders mittels der Kombination dieser Untersuchungsmethode mit der Anwendung des Ureterenkatheterismus. Was nun zunächst die Technik der Untersuchungsmethode anbetrifft, so wird die osmotische Konzentration vermittels der Gefrierpunktserniedrigung bestimmt. Je konzentrierter eine Lösung, um so tiefer liegt ihr Gefrierpunkt unter dem des destillierten Wassers. Wenn wir der Kürze halber konzentriert sagen, so meinen wir immer die molekulare Konzentration im osmotischen Sinne, die man unterscheiden muß von der molekularen Konzentration im rein physikalischen Sinne. Während die letztere angibt, wieviel Grammmoleküle in einem Liter Flüssigkeit vorhanden sind, zeigt die os-

motische Konzentration außer der Anzahl der Moleküle zugleich ihr gegenseitiges Verhalten oder, mit anderen Worten, die Zahl der Moleküle plus Ionen, wobei man die letzteren als die Träger des elektrischen Leitvermögens betrachtet. Bekanntlich beruht auf dieser Auffassung die neueste Untersuchungsmethode der osmotischen Konzentration, die die Dichte der Lösung aus dem elektrischen Leitvermögen bestimmt.

Diese auf dem letzten Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie mitgeteilten Versuche über Leitfähigkeitsbestimmung getrennt aufgefangener Urine zur Feststellung der Funktionstüchtigkeit der Nieren hat Herr Dr. Engelmann auf unserer Abteilung in einer großen Zahl von Fällen nachgeprüft. Im großen und ganzen konnte er die von Loewenhardt (Breslau) mitgeteilten Resultate bestätigen. Wir besitzen in der Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit eine brauchbare Untersuchungsmethode, die uns in Fällen, wo nur geringe Mengen von Urin (1—2 ccm) zur Verfügung stehen, Aufschluß gibt über die Funktion beider Nieren. Es wird dies ermöglicht durch den bestehenden Parallelismus zwischen den durch diese Methode und durch die Kryoskopie gewonnenen Resultaten. Wir erhalten nämlich durch diese Methode Vergleichswerte für den Gehalt der Urine an anorganischen Bestandteilen, also in der Hauptsache an Salzen, die ja auch bei der Kryoskopie die Hauptrolle spielen. — Bei 40 normalen Urinen fanden wir für die Leitfähigkeit Werte (in reziproken Ohm ausgedrückt) von:

$$0{,}0129 \quad - 0{,}0243, \text{ entsprechend}$$
$$\Delta = -1{,}25^{\circ} \quad - 2{,}39^{\circ}.$$

In pathologischen Fällen kann der Wert bis 0,0075 ($\Delta = -0{,}55^{\circ}$) und tiefer sinken (die Zahlen entsprechen den von anderen gefundenen).

Um die Brauchbarkeit der Methode zu zeigen, führe ich einige Vergleichswerte an, die in 5 Fällen einseitiger Nierentuberkulose, die alle zur Operation kamen, gefunden wurden:

0,0250 : 0,0063
0,0121 : 0,0047
0,0136 : 0,0078
0,0190 : 0,0054
0,0223 : 0,0131.

Entsprechende Resultate fanden wir in einer größeren Reihe anderer Fälle.

Was die Ausführung der Methode angeht, so ist dieselbe eine ziemlich einfache; sie erfordert weniger Zeit wie eine kryoskopische Untersuchung; Reihenuntersuchungen sind in kürzester Zeit zu erledigen.

Die von uns ausgeführten (mehrere hundert) Untersuchungen sind mit einem recht handlichen, gut funktionierenden, von der

Firma Reiniger, Gebbert & Schall zur Verfügung gestellten Apparat angestellt worden.

Eine ausführliche Mitteilung der von uns gefundenen Resultate, besonders der Blutuntersuchungen, wird an anderer Stelle von Dr. Engelmann erfolgen.

Was die Kryoskopie betrifft, so gehe ich hier nochmals auf die Technik und die eventuellen Fehlerquellen ein, da ich mich nicht des Eindruckes erwehren kann, daß einige der von anderer Seite mitgeteilten Zahlenwerte, welche in absolutem Widerspruch mit unseren weitgehenden Beobachtungsreihen stehen, durch Abweichungen von den notwendigen Vorschriften entstanden sein könnten. Haben wir es doch mehrfach beobachtet, daß die an demselben Pat. von verschiedenen Beobachtern ausgeführten Untersuchungen wesentliche Unterschiede zeigten. In einem Falle wurde von anderer Seite eine Nephrektomie trotz einer Gefrierpunktserniedrigung von 0,6 wegen zweifelloser Erkrankung der einen Niere ausgeführt. Eine Funktionsstörung von Seiten der anderen Niere trat nicht ein, und würde dieser Fall als Beweis gegen die Annahme einer Funktionsstörung bei Gefrierpunktserniedrigung angeführt werden können, wenn nicht dasselbe Blut einem mit der Untersuchungsmethode vertrauten Beobachter kurz nachher einen normalen Gefrierpunkt von 0,57 gezeigt hätte. Wir halten es für sehr wichtig, daß zur Vermeidung fehlerhafter Resultate möglichst große Untersuchungsreihen von demselben Beobachter ausgeführt oder die von anderen gefundenen Zahlenwerte kontrolliert werden. Differenzen von 0,02—0,03 und mehr fanden sich oft bei demselben Blut und verschiedenen Beobachtern.

Die Bestimmung des Gefrierpunktes geschieht im Beckmannschen Apparat. Derselbe besteht in der Hauptsache aus einem sehr feinen 100teiligen Thermometer, wobei je ein Grad Celsius wiederum in 100 Teile zerlegt ist. Das Thermometer taucht in einen Glaszylinder, in dem die zu untersuchende Flüssigkeit mittels eines Platinrührers in Bewegung gehalten wird. Der Glaszylinder mit Thermometer und Flüssigkeit wird in eine Kältemischung von — 4° C gebracht, und unter fortwährendem Rühren wird die Flüssigkeit unterkühlt. Es tritt dann ein Moment ein, wo die Flüssigkeit erstarrt. Bei diesem Übergang vom flüssigen in den festen Aggregatzustand wird Wärme frei, die die Quecksilbersäule in die Höhe schnellen läßt bis zu einem gewissen Punkt, wo sie längere Zeit stehen bleibt, dem physikalischen Gefrierpunkt. Bei längerem Stehen sinkt sie dann wieder und nimmt allmählich die Temperatur der umgebenden Kältemischung an. Bestimmt man nun in derselben Weise den Gefrierpunkt des destillierten Wassers — die Skala des Beckmannschen Thermometers ist eine willkürliche und der Nullpunkt der Lösung hängt von dem des Wassers ab, so hat man die Zahl, die angibt, wieviel tiefer die Lösung friert als das destillierte Wasser. Beim Blute beträgt diese Differenz — 0,56° C; man sagt nun kurz:

der Gefrierpunkt des Blutes beträgt 0,56 und hat als besonderes Zeichen dafür ein »δ«, während »Δ« den Gefrierpunkt des Urins bezeichnet.

Unser Verfahren bei der Blutuntersuchung ist folgendes: Aus einer gestauten Armvene werden, selbstverständlich unter aseptischen Kautelen, mittels Einstoßens einer scharfen Kanüle 15—20 ccm Blut entnommen, dasselbe in dem zur Gefrierpunktsbestimmung benutzten Glaszylinder aufgefangen und durch Schütteln mit dem Platinring defibriniert, woran sich unmittelbar der Gefrierpunkt anschließt. In einem zweiten Glaszylinder wird jedesmal der Gefrierpunkt des destillierten Wassers bestimmt. Letzteres Verfahren halten wir für notwendig, da der Quecksilberstand in dem oben U-förmig gebogenen Beckmann'schen Thermometer leicht Schwankungen unterworfen ist, und da die später angegebenen Thermometer mit festgelegtem Nullpunkt uns nicht zuverlässig erschienen. Bei einiger Übung dauert die ganze Untersuchung — den Venenstich eingerechnet — etwa 15 Minuten.

Zur Harnuntersuchung benutzen wir mit Vorliebe das von Heidenhain angegebene Instrument mit dem festgelegten Nullpunkt, da es hierbei nicht so genau auf $^1/_{100}{}^0$ wie bei der Blutuntersuchung ankommt. Hierbei möge gleich erwähnt werden, daß wir stets bei der Harnuntersuchung auch den Harnstoffgehalt mittels des Esbach'schen Verfahrens feststellen.

Auf einige Fehlerquellen, die dem Ungeübten leicht unterlaufen, und die schon oft zu falschen Resultaten geführt haben, möchten wir besonders hinweisen. Außer einer peinlichen Instandhaltung des Instrumentariums sind es zwei Punkte, die genau beobachtet werden müssen: einmal muß das Thermometergefäß ganz in die zu untersuchende Flüssigkeit eintauchen, ohne jedoch auf dem Boden des Glaszylinders anzustoßen, d. h. mit anderen Worten: das Quecksilber muß vollkommen von dem erstarrenden Medium umschlossen sein, so daß nicht die wärmere Luftschicht von oben oder die kältere Glasschicht von unten die Wärmewirkung im Moment der Gefrierpunktsbestimmung beeinflußt. Zweitens muß die Flüssigkeit in stetiger Bewegung mittels des Platinrührers gehalten werden und, wenn sie im Erstarren ist und die Quecksilbersäule hochgeschnellt ist, so lange fortbewegt werden, bis das Quecksilber anfängt wieder zu fallen; der höchste erreichte Punkt des Quecksilbers ist der Gefrierpunkt. Nur wiederholte Selbstkontrolle gibt dann dem Untersucher die nötige Sicherheit und Genauigkeit in der Ausführung, indem man die zu untersuchende Flüssigkeit des öftern wieder auftauen und von neuem frieren läßt.

In der im vorstehenden geschilderten Weise haben wir nunmehr weit über 500 Fälle untersucht. Wenn wir diese in drei Gruppen teilen, so umfaßt die erste etwa ein Drittel der Untersuchungen: die Pat., bei denen zum Teil wohl der Verdacht einer Störung der Nierenfunktion vorhanden war, die je-

doch während ihres Krankenhausaufenthaltes keine Erscheinungen von Nierenerkrankungen boten. Diese Untersuchungen, die ohne besondere Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Ernährungszustand, Körpertemperatur usw. ausgeführt wurden, ergaben in der großen Mehrzahl eine ganz konstante Blutkonzentration, die einem Gefrierpunkt von 0,56 entsprach oder nur ganz geringe Abweichungen von $\delta = 0{,}57$, 3mal 0,58, 20mal 0,55, 5mal 0,54 zeigten. Bei einer anämischen Frau fanden wir 1mal 0,53. Dieses Ergebnis deckt sich im großen und ganzen mit den von anderen Seiten angestellten Untersuchungen, welche ebenfalls beweisen, daß die molekulare Konzentration des Blutes bei ungestörter Nierenfunktion eine sehr konstante ist und im Mittel durch eine Gefrierpunktserniedrigung von 0,56° C zum Ausdruck gelangt. Wir haben ferner durch diese Untersuchungen nachgewiesen, daß auch bei akuten Erkrankungen — wenn die Nieren intakt bleiben — keine Erhöhung der molekularen Konzentration des Blutes eintritt. So war z. B. behauptet worden, beim Typhus abdominalis träte eine Konzentrationserhöhung des Blutes ein, die mit einer Antitoxinbildung in Zusammenhang gebracht wurde. Unser derzeitiger Assistenzarzt, Herr Dr. Rumpel, konnte diese Behauptung auf fehlerhafte Versuchsanordnung zurückführen, indem er bei einer Reihe von Typhusfällen in allen Stadien der Erkrankung normale Blutkonzentration nachwieß, was auch später von Korányi bestätigt wurde. Hierbei zeigte es sich besonders, wie großer Wert auf eine exakte Technik der Gefrierpunktsbestimmung zu legen ist. In den beanstandeten Untersuchungen wurde nicht das Blut benutzt, sondern eine ganz geringe Serummenge, die nach Verdünnung mit Wasser in unzweckmäßigen Gefäßen zur Gefrierung gebracht wurde und wobei durch nachherige Multiplikation der Fehlerquellen ganz unhaltbare Werte des Blutgefrierpunktes zutage kamen. Gerade die von sonstigen Einwirkungen unabhängige Konstanz der molekularen Konzentration des Blutes bei intakter Nierentätigkeit ist es ja gerade, die der Methode den hohen Wert verleiht. Wie prompt die gesunde Niere den Ausgleich der osmotischen Druckunterschiede regulierend ausführt, beweist, daß bei starker Flüssigkeitszuführung ebenso wie bei erheblichem Wasserverlust die Blutkonzentration trotzdem stets annähernd die gleiche bleibt. Am eklatantesten zeigte sich dieses in einem Falle, in dem wir vor einer intravenösen Infusion von 2000 ccm einen Blutgefrierpunkt von 0,57 feststellten und 4 Stunden später genau die gleiche Konzentration nachweisen konnten. Diese kurze Zeit also hatte für den feinen Regulierungsapparat — in erster Linie die Niere — genügt, um die direkt im Gefäßsystem erzeugte Konzentrationsverminderung zur früheren normalen osmotischen Konzentration auszugleichen. Viel größeren Schwankungen dagegen ist die Konzentration des Urins unterworfen, wobei wir Werte für Δ von 0,9—2,3 fanden. Diese Beobachtung ist ja ohne weiteres erklärlich durch die bedeutenden Schwankungen der zugeführten und aus-

geschiedenen Flüssigkeitsmengen. Schon aus dieser großen Verschiedenheit der molekularen Konzentration geht hervor, daß der Hauptwert dieser Untersuchungsmethode in vergleichenden Bestimmungen zu suchen ist, worauf wir noch später zurückkommen werden.

Die zweite Gruppe umfaßt die Untersuchungen bei bestehender Nierenerkrankung, die eine Störung der Gesamtnierenfunktion bedingte. Es handelte sich in diesen Fällen zunächst um chronische Nephritis (77 Fälle), von denen ein Teil im urämischen Stadium zur Untersuchung kam, ferner um Cystitis mit aufsteigender Pyelonephritis, namentlich infolge von Prostatahypertrophie (16 Fälle), ferner um doppelseitige Nephrolithiasis bezw. Pyonephrosis (14 Fälle), doppelseitige Tuberkulose (3 Fälle), Cystenniere (3 Fälle), Tumoren (2 Fälle). In fast allen Fällen ist der Nachweis der doppelseitigen Erkrankung durch die Sektion, in manchen auch durch die Operation erbracht. Die Blutkonzentration in sämtlichen Fällen zeigte sich erhöht, was durch das Tiefertreten des Gefrierpunktes unter 0,58 beobachtet wurde. Die meisten Werte bewegten sich zwischen 0,60 und 0,65 (78 Fälle), 1mal betrug der Gefrierpunkt 0,59, 6mal 0,66, 7mal 0,58, 6mal 0,68, je 3mal 0,70 und 0,71, 1mal 0,68 und 0,69, je 4mal 0,73, 2mal 0,81. Mit diesen letzten beiden Zahlen, die wir bei schwer urämischen Prostatikern fanden, haben wir die tiefste Senkung des Blutgefrierpunktes beobachtet.

In mehreren Fällen konnten wir das Eintreten des urämischen Zustandes in eklatanter Weise an der zunehmenden Erniedrigung von δ beobachten. Ein wegen einer Fraktur in Behandlung befindlicher Pat., welcher sich anfangs wohl fühlte, hatte bei Beginn seiner auf ein Nierenleiden hindeutenden Klagen

$\delta = 0{,}58$. Das stieg am folgenden Tage auf
$\delta = 0{,}59$. Es stellten sich urämische Krämpfe mit
$\delta = 0{,}62$ ein.

Eine doppelseitige Eiterniere hatte 10 Tage ante mortem
$\delta = 0{,}60$, 5 Tage vor demselben
$\delta = 0{,}62$.
$\delta = 0{,}67$ einen Tag ante exitum.

Bei einem Prostatiker mit doppelseitiger Nierenerkrankung stieg δ bei mehrwöchentlicher Beobachtung
$\delta = 0{,}63—0{,}68—0{,}78$ 1 Tag ante exitum.

Gleichzeitig mit der Konzentrationserhöhung des Blutes war in fast allen Fällen eine Verminderung der molekularen Konzentration des Urins nachzuweisen. Die meisten Werte der Gefrierpunkte bewegen sich unter 0,9—0,3 und 0,2, wenn auch hin und wieder $\delta = 1{,}0$ und darüber vorübergehend beobachtet wurde. Dies beweist wieder, daß die Harnkonzentration allein nicht ausschlaggebend sein kann, vielmehr hauptsächlich relativen Wert besitzt.

Von der größten Wichtigkeit ist die Frage der Gefrierpunktserniedrigung bei anderen Krankheitszuständen, bei denen die Nieren

intakt sind. Gerade dieses Moment ist vielfach als ein die Zuverlässigkeit der Methode herabsetzender Faktor hervorgehoben worden. Schon Korányi machte bei seinen ersten bahnbrechenden Veröffentlichungen eine gewisse Einschränkung, welche wir auch bestätigen konnten. Bei nicht kompensierten Herzfehlern kann eine Erhöhung der molekularen Konzentration infolge von Stauungserscheinungen auftreten. Wie weit auch hier eine Insuffizenz der Niere verantwortlich zu machen ist, lasse ich dahingestellt. Immerhin wird es klinisch wohl schwierig sein, bei Krankheitszuständen, bei denen es infolge von Ateminsuffizenz oder von Stauungserscheinungen zu einer Konzentration des Blutes gekommen ist, ohne daß eine Erkrankung der Niere im eigentlichen Sinne vorlag, die richtige Diagnose zu stellen.

In einigen Fällen von Eklampsie, welche wir untersuchten, fanden wir eine erhöhte Blutkonzentration bis $\delta = 0,60$, was bei der klinisch meist durch starken Albumengehalt und verminderte Ausscheidung des Urins festgestellten Alteration der Nieren nur als richtige Folgeerscheinung anzusehen ist.

Ebenso erklärlich erscheint mir die mehrfach nachgewiesene Gefrierpunktserniedrigung im diabetischen Koma.

Bei einem Epileptiker im Anfall fanden wir ebenfalls Herabsetzung des Gefrierpunktes, ebenso bei Lebercirrhose. Ob im ersten Falle die Überladung des Blutes mit Kohlensäure, im letzteren die zweifellosen Stauungserscheinungen die Ursache waren, lasse ich dahingestellt.

Bei Typhus fand Rumpel, wie bereits erwähnt, entgegen der von Waldvogel gewonnenen Gefrierpunktserniedrigungen in 10 Fällen bei gesunder Niere, im Stadium des Fiebers und der Rekonvaleszenz stets normale Blutkonzentration von 0,56—0,57.

Die von Israel mitgeteilten Beobachtungen, daß sich im Vorstadium eines Malariaanfalles und im akuten Gichtanfall ohne Beteiligung der Nieren eine Gefrierpunktsherabsetzung einstellen kann, können wir nicht widerlegen, da uns Beobachtungen darüber bis jetzt fehlen.

Wichtiger für die Chirurgie erscheint mir die Frage, ob große Abdominaltumoren, sei es, daß sie der Niere, sei es, daß sie anderen Organen angehören, Gefrierpunktserniedrigungen hervorrufen. Korányi nahm an, daß derartige große Geschwülste vielleicht durch erhöhten Eiweißzerfall oder durch mechanische Stauungen die Dichte des Blutes zu erhöhen vermögen. Wir können dieser Ansicht Korányi's nicht ganz zustimmen. In der ersten Zeit unserer Beobachtungen haben wir bei einer sehr großen Ovarialcyste, bei der eventuell Druckerscheinungen auf die Ureteren vorhanden sein mochten, eine Gefrierpunktserniedrigung feststellen können, in vielen anderen Fällen großer Abdominaltumoren war der Blutgefrierpunkt stets ein vollkommen normaler, vorausgesetzt, daß die Nieren intakt waren, z. B. bei vier großen Ovarialcysten war $\delta = 0,55—0,56—0,57$,

bei zwei großen Myomen 0,56 und 0,58, bei einem großen Milztumor $\delta = 0{,}56$. Die Reihe unserer Beobachtungen ist immerhin noch nicht groß genug, um ein endgültiges Urteil in dieser Frage abgeben zu können. Nur eine große Zahlenreihe kann meiner Ansicht nach von ausschlaggebender Bedeutung sein.

Was die malignen Tumoren, sei es der Bauchhöhle, sei es anderer Organe, anbetrifft, so haben wir auch hier bei Karzinomen des Uterus, des Coecums oder anderer Darmteile, des Magens und der Mammae und anderer Organe stets dann einen normalen Gefrierpunkt gefunden, wenn der Kräftezustand der Pat. ein relativ guter war. Bei allen Kachektischen, einerlei welches Organ das Karzinom befallen hatte, bei denen also der Stoffwechsel sehr danieder lag, erschien der Gefrierpunkt wesentlich erniedrigt. Bei einem aufs äußerste erschöpften, dem Exitus nahen Pat. mit Magenkarzinom ergab $\delta = 0{,}65$, bei drei weiteren Magenkarzinomen in relativ gutem Ernährungszustand $\delta = 0{,}56$—$0{,}55$—$0{,}57$. Bei Carcinoma coeci $\delta = 0{,}56$, bei zwei inoperablen Uteruskarzinomen $\delta = 0{,}60$—$0{,}60$, bei Mammakarzinom $\delta = 0{,}61$, bei einem Kehlkopf- und einem Halskarzinom $\delta = 0{,}56$ und 0,61. Das sind die Erfahrungen, die wir im allgemeinen über die malignen Tumoren machen konnten, jedoch erscheint mir auch hier die Zahlenreihe für ein abschließendes Urteil noch nicht groß genug.

Was nun den wichtigsten Punkt, die Tumoren der Niere, anbetrifft, so haben wir bei einseitiger Erkrankung dieses Organs, sei es, daß es sich um maligne Tumoren, sei es, daß es sich um große pyonephrotische Säcke bis zu Kopfgröße handelte, niemals eine Gefrierpunktserniedrigung bis zu 0,6 und darüber beobachtet, und unsere Beobachtungen stützen sich auf 44 Fälle von Pyo- und Hydronephrose zum Teil von sehr großer Ausdehnung, auch 5 Fälle von malignen Tumoren. Einzelbeobachtungen von Gefrierpunktserniedrigung bei derartigen Fällen, wie sie von Israel u. a. mitgeteilt sind, stehen mit unseren größeren Zahlenreihen im Widerspruch. Worin die verschiedenen Resultate zu suchen sind, kann ich natürlich nicht angeben; wohl habe ich, wie bereits erwähnt, die Beobachtung gemacht, daß die von verschiedenen Beobachtern an denselben Pat. und an demselben Blut gefundenen Resultate oft grundverschieden waren und ganz erhebliche Differenzen nachwiesen. Ich erwähnte bereits, daß z. B. von anderer Seite trotz einer Gefrierpunktserniedrigung von 0,6 eine tuberkulöse Niere entfernt wurde und sich die Funktion der anderen als absolut intakt erwies, daß jedoch die Untersuchung desselben Blutes, von einem geübteren Beobachter $^1/_2$ Stunde später ausgeführt, einen vollständig normalen Gefrierpunkt von 0,57 ergab. Ein solcher Fall hätte leicht zu einer falschen Schlußfolgerung Veranlassung geben können. Auch bei dem in der Literatur mehrfach erwähnten, von uns untersuchten und von Wieberg mitgeteilten Falle, bei dem von Kollege Sick, trotz eines Gefrierpunktes von 0,6, ein großer Nierentumor exstirpiert wurde und der

Pat. mit dem Leben davon kam, handelte es sich um eine nicht intakte zweite Niere. Denn einmal schied der Pat. am folgenden Tage nur 200 g Urin mit 10 ‰ Albumen aus, und andererseits fand sich bei dem nach einiger Zeit erfolgten Tode in der zurückgebliebenen Niere ein karzinomatöser Knoten.

Es ist ja sehr leicht möglich, daß die Grenze des noch als normal anzusehenden Gefrierpunktes nach weiteren Erfahrungen verschoben werden kann. Der Zahlenwert von 0,6 mag ja ein rein subjektiver sein, jedenfalls bildet er nach unseren bisherigen Erfahrungen die Grenze, bei der die Entfernung der einen Niere mindestens sehr gewagt erscheint und unsererseits nicht zu empfehlen ist. Bei einem Pat. beispielsweise, den ich wegen doppelseitiger Pyonephrose monatelang behandelt und beobachtet hatte und bei dem ich durch Spaltung der Niere ein relativ gutes Befinden erzielt hatte, mußte ich wegen des niedrigen Gefrierpunktes unter allen Umständen von jedem radikalen Eingriff absehen. In meiner Abwesenheit wurde die Auskratzung der einen Nierenfistel vorgenommen und dabei eine so zerstörte Niere gefunden, daß man dieselbe für vollständig funktionsunfähig und unbrauchbar für die Ökonomie des Organismus hielt und sich daher zur Exstirpation entschloß. Der Tod erfolgte schon am folgenden Tage. In einem anderen Falle einer doppelseitigen, durch Ureterenkatheterismus und Gefrierpunktsbestimmung $\delta = 0{,}63$ nachgewiesenen Nierenvereiterung legte ich, da der Pat. hoch fieberte, den großen rechtsseitigen, mit Eiter gefüllten Nierensack frei und spaltete denselben. Ich fand nur einen schmalen, kaum kleinfingerdicken Saum von Nierengewebe und glaubte, daß diese Niere zweifellos absolut nicht mehr funktionsfähig sei. In dieser nicht richtigen Erwägung entschloß ich mich zur Exstirpation, worauf der Tod nach 12 Stunden eintrat.

Zwei meiner Hamburger Kollegen teilten mir Beobachtungen ähnlicher Art mit. In einem Falle wurde bei einem anscheinend einseitigen Nierensarkom bei einem Gefrierpunkt von 0,6 die Exstirpation vorgenommen. Der Tod trat am folgenden Tage ein. In dem anderen Falle war ohne vorherige Bestimmung des Gefrierpunktes eine vollkommen eiterige Niere entfernt, worauf eine mehrtägige Anurie eintrat. Die dann vorgenommene Blutuntersuchung ergab ein δ von 0,65—0,70. Der Tod trat am fünften Tage ein. Die Sektion ergab, daß auch die andere Niere schwer erkrankt und funktionsunfähig war.

Das sind Tatsachen und üble Erfahrungen, nicht theoretische Erwägungen, die für sich selbst sprechen und mir nicht den Mut verleihen, bei einer Gefrierpunktserniedrigung unter 0,6 eine Nierenexstirpation vorzunehmen, während 62 Nephrektomien, bei denen die normalen Gefrierpunkte vorher festgestellt waren, stets auch nach der Operation ein vollkommen funktionsfähiges Organ erwiesen. Was den von Israel erwähnten Fall eines Gefrierpunktes von 0,56 bei viertägiger Anurie anbetrifft, so widerspricht dieser Befund voll

und ganz unseren Beobachtungen bei doppelseitigen Nierensteinen, die mit Anurie einhergingen, sowie den durch Pyonephrose, Tuberkulose oder Tumoren bedingten doppelseitigen Nierenerkrankungen, welche sämtlich eine Gefrierpunktserniedrigung unter 0,6 ergaben. Sie werden es mir zugeben, daß ich derartigen Einzelbeobachtungen gegenüber den großen Zahlenreihen, in denen uns nicht ein einziges Mal ein derartiges Resultat entgegengetreten ist, zunächst keinen ausschlaggebenden und die Bedeutung der Kryoskopie herabsetzenden Wert beilegen kann. Es wäre sehr erwünscht, daß auch von anderer Seite nicht einzelne Beobachtungen, sondern größere Zahlenreihen, welche die eventuellen Fehlerquellen der Kryoskopie feststellen und die derselben etwa noch anhaftenden Mängel klarstellen können, mitgeteilt werden.

Was nun die dritte Gruppe unserer Gefrierpunktsbestimmungen anbetrifft, so gehören in dieselbe die Fälle von klinisch nachgewiesener einseitiger Nierenerkrankung, bei denen die Gesamtnierenfunktion keinerlei Störung zeigte. Diese verteilen sich auf Pyelitis (30 Fälle), Nephrolithiasis (28 Fälle), Pyonephrosis (20 Fälle), Tuberkulosis (24 Fälle), Hydronephrosis (18 Fälle), Tumoren (7 Fälle). In allen diesen Fällen fanden wir normale Blutkonzentration, der Gefrierpunkt betrug 0,55—0,57, blieb also innerhalb der Grenzen, die wir als Normalwert anzusehen pflegen. Andererseits bestand normale molekulare Konzentration des Urins mit ausreichender Harnstoffausscheidung, trotzdem der Gesamturin durch Beimischung von Eiter, Blut, Epithelien, Bakterien usw. in den einzelnen Fällen die deutlichsten Zeichen der Nierenerkrankungen darbot. Daß es sich in allen diesen Fällen wirklich um einseitige Nierenerkrankung handelte, bewies außer dem klinischen Verlauf in 74 Fällen die Operation, die vermittels Nephrektomie bezw. der Nephrotomie zur Heilung führte. In fünf Fällen konnte durch die Sektion eine gesunde restierende Niere erwiesen werden.

Bei der Gelegenheit sei auf die hohe diagnostische Bedeutung des mit der Kryoskopie untrennbar verbundenen Ureterenkatheterismus besonders hingewiesen. In der großen Mehrzahl aller Fälle nämlich wurde die Untersuchung der vermittels der Harnleitersonden getrennt aufgefangenen Nierenurine vorgenommen. Während bei normaler Nierenfunktion die molekulare Konzentration der Sekrete beider Nieren eine annähernd gleiche ist — worüber uns eine ganze Reihe von Beobachtungen zur Verfügung steht —, tritt bei einer Erkrankung, die das Becken oder auch die Substanz einer einzelnen Niere trifft, sofort eine ganz erhebliche Störung der Funktion dieser Niere auf. Diese einseitige Funktionsstörung wird nachgewiesen durch die veränderte molekulare Konzentration des Urins, Hand in Hand gehend mit einer verminderten Harnstoffausscheidung, während die andere Niere keine Störung der Funktion zeigt.

Gerade in dieser Beziehung ist der Ureterensondierung viel Aufklärung zu verdanken; sie ermöglicht es uns, in einer früher nie geahnten Weise die Tätigkeit beider Nieren zu erforschen.

So fanden wir — um nur ein Beispiel von vielen zu erwähnen — bei einem Manne, der infolge linksseitiger Schmerzen auf Nierenstein verdächtig erschien, bei der Sondierung der Ureteren einen äußerlich ganz gleich erscheinenden Urin, der jedoch folgende Konzentrationsunterschiede zeigte:

Rechte Niere	Linke Niere
Δ = 1,70	Δ = 0,95
U = 21,3	U = 10,1

Nachdem die weitere Beobachtung und namentlich das Röntgenbild, welches in der linken Nierenbeckengegend einen scharfen, kirschgroßen Schatten aufwies, die Diagnose zu bestätigen schien, wurde nach Spaltung der linken Niere ein kleinkirschgroßer Stein extrahiert. Die Nierensubstanz als solche — soweit sie bei der Operation zu Gesicht kam — zeigte durchaus keine Veränderung.

In einem Falle von Nierentuberkulose ergab z. B. die Untersuchung:

Rechte Niere	Linke Niere
Δ = 0,55	Δ = 1,41
U = 4,8	U = 12,3

Die exstirpierte Niere zeigte außer einigen erbsengroßen, zum Teil verkästen Herden noch normales Nierengewebe in ziemlicher Ausdehnung.

Der zweite Fall betraf eine als großer Tumor palpable Pyonephrose, die sich nach der Exstirpation als prall mit Eiter gefüllter Sack erwies ohne mikroskopisch erkennbares Nierengewebe:

Rechte Niere	Linke Niere
Δ = 0,2	Δ = 2,25
U-Spuren	U = 3,40

Wir haben eine große Reihe solcher Untersuchungen ausgeführt, die bewiesen, daß die Funktionsstörung der einzelnen Niere in der Erkennung der Art und des Umfanges der Erkrankung eine große Rolle spielt. Ferner beweisen sie uns, daß Funktionsstörungen ohne organische Veränderung zum mindesten zu den großen Seltenheiten gehören; in den doch recht zahlreichen Fällen, die überhaupt hier zur Beobachtung kamen, konnte nicht ein einziges Mal eine ausgesprochene reflektorische Funktionsstörung beobachtet werden. Wir glauben vielmehr, daß in den meisten dieser früher als reflektorische Anurie beschriebenen, doch nicht bewiesenen Fällen eine Erkrankung der anderen Niere bereits vorlag, aber nicht erkannt werden konnte. In den von uns beobachteten Fällen lag eine doppelseitige Erkrankung stets vor.

Auch bei der relativen Häufigkeit der doppelseitigen Steinbildung läßt eine plötzliche Anurie auf dieses Vorkommnis viel eher

schließen, als auf reflektorische Vorgänge. An dieser Stelle seien noch kurz die Ergebnisse der funktionellen Untersuchung erwähnt, die wir in einem Falle von doppelseitiger Steinbildung, die klinisch festgestellt und durch das Röntgenbild bestätigt war, erhalten haben. Die Pat. ist nach operativer Entfernung beider Steine geheilt worden.

Die Blutkonzentration zunächst war erhöht, $\delta = 0{,}59$; die molekulare Konzentration des trüben Urins war außerordentlich gering, $\Delta = 0{,}87$, U = 8,91. Aus beiden Ureteren entleerte sich trüber Urin von ganz niedriger Konzentration.

Linke Niere	Rechte Niere
$\Delta = 0{,}52$	$\Delta = 0{,}32$
U = 8,86	U = 6,13

Es wurde zunächst die linke Niere gespalten, ein ganz enormer Stein, der das erweiterte Becken ausfüllte und krallenartig in den erweiterten Kelch gewuchert war, entfernt. Die gespaltene Niere wurde drainiert. Nach drei Tagen begann aus dem Schlauch Urinabsonderung, nachdem vorher aus der Blase nichtblutiger Urin — also aus der rechten Niere stammend — entleert war. Der Vergleich beider Urine war außerordentlich lehrreich, was die Funktionsfähigkeit gespaltener Nieren anbetrifft. Am vierten Tage post operationem sonderte die gespaltene Niere ab: 200 ccm Urin, $\Delta = 0{,}63$, U = 5,4 gegen 900 ccm aus der Blase ($\Delta = 10{,}6$, U = 12,5); am sechsten Tage aus der gespaltenen Niere: 650 Urin ($\Delta = 0{,}75$, U = 8,22) gegen 1100 ccm aus der Blase ($\Delta = 1{,}08$, U = 12,6); am zehnten Tage: linke Niere: 1000 ccm ($\Delta = 1{,}02$, U = 9,19). Blase: 1200 ccm ($\Delta = 1{,}18$, U = 11,3).

Ganz ähnliche Verhältnisse konnten bei der zweiten Nierenspaltung, die 8 Wochen später zwecks Extraktion des anderen Steines mit Erfolg ausgeführt wurde, beobachtet werden; auch hier war nach 14 Tagen die Funktion der gespaltenen Niere beinahe ebenso gut wie die der anderen. Natürlich soll damit nicht gesagt sein, daß nach jeder Nierenspaltung die Funktion so schnell wieder eintritt; die Zahlen sollen bloß beweisen, inwieweit aus der Funktionsbestimmung Rückschlüsse auf das Organ berechtigt sind.

Stellen wir nun noch einmal die drei Gruppen, in die wir unsere Untersuchungen eingeteilt haben, nebeneinander, so ergibt sich also:

1) Bei intakten Nieren ist die molekulare Konzentration des Blutes — dank der prompten Nierenregulierung — eine konstante, sie entspricht im Durchnitt einem Gefrierpunkt von 0,56.

2) Bei doppelseitiger Nierenerkrankung tritt meist eine Erhöhung der Blutkonzentration ein, Hand in Hand gehend mit einer Verminderung der molekularen Konzentration des Urins. Ist eine Erhöhung der Blutkonzentration nicht vorhanden, so ist das eine Organ, wenn es auch nicht vollständig gesund ist, doch so funktionsfähig, daß es die Arbeit für das andere mit zu übernehmen imstande ist.

3) Einseitige Nierenerkrankung bedingt keine Störung der Gesamtfunktion, welche die Erhöhung der molekularen Blutkonzentration und Verminderung der Harnkonzentration zum Ausdruck bringt.

Wenn wir jetzt auf die praktische Nutzanwendung zu sprechen kommen, die wir aus der Methode gezogen haben, so zeigten die Vorteile derselben sich in erster Linie dem Chirurgen, der vor der Frage eines operativen Eingriffs steht; denn sie sagt uns zunächst mit Sicherheit, ob eine Funktionsstörung der gesamten Nierentätigkeit vorliegt. Nach unseren Untersuchungen nun deckt sich die Störung der Gesamtfunktion meist mit der doppelseitigen Erkrankung. Gewiß wird man — vom rein theoretischen Standpunkt aus — annehmen können, daß zwar eine doppelseitige Erkrankung besteht, daß aber auf beiden Seiten noch so viel sezernierendes Parenchym vorhanden ist, um die ganze Menge der urinhaltigen Moleküle zu eliminieren, ohne daß eine Erhöhung der molekularen Konzentration des Blutes eintritt. Die Erfahrung hat uns aber gezeigt, daß diese Theorie den Tatsachen meist nicht entspricht. Wir haben bei doppelseitiger Nierenerkrankung, die klinisch festgestellt war und durch den chirurgischen Eingriff oder die Sektion bestätigt wurde, höchst selten eine normale molekulare Blutkonzentration gefunden, andererseits bei durch normalen Gefrierpunkt festgestellter einseitiger Nierenerkrankung später nie die Erfahrung gemacht, daß eine doppelseitige vorgelegen hätte. Wenn eine doppelseitige Erkrankung bei normalem Blutgefrierpunkt vorliegt, so war nach unserer Erfahrung die Erkrankung der einen Seite eine relativ geringe, jedenfalls war die Funktion des einen Organs nicht gestört, vielmehr war dies imstande, die Arbeit für das andere schwer erkrankte mit zu übernehmen. Das haben wir öfter bei Nierentuberkulose zu beobachten Gelegenheit gehabt, wo das eine schwer kranke Organ entfernt werden konnte, obwohl das andere, wie der Ureterenkatheterismus ergab, auch nicht absolut gesund, wohl aber funktionsfähig war, wie der Blutgefrierpunkt zeigte. Nach der Exstirpation des schwer kranken Organs trat keine Funktionsstörung in diesen Fällen ein.

Wir haben aber mit Hilfe des Ureterenkatheterismus kennen gelernt, daß selbst eine verhältnismäßig geringe lokale Erkrankung einer Niere — sei es eine Herd- oder Nierenbeckenerkrankung — eine deutlich erkennbare einseitige Funktionsstörung dieser erkrankten Niere hervorruft, die durch die molekulare Konzentration des Urins nachgewiesen wurde. Diese Tatsachen sind außerordentlich wichtig, sie beweisen die hohe diagnostische Bedeutung der funktionellen Untersuchung, die im allgemeinen längst nicht genug gewürdigt worden ist. Wo Funktionsstörung nachgewiesen ist, da scheint auch — wenigstens nach unserer Erfahrung — eine Erkrankung des Organs vorhanden zu sein; die reflektorische Störung gehört sicherlich zu den großen Seltenheiten. Man müßte denn die reflektorische Oligurie zu den Funktionsstörungen rechnen, was wir in diesem

Sinne jedoch in Abrede stellen. Bei der reflektorischen Oligurie, die wir zu beobachten häufig Gelegenheit hatten, tritt ja bloß die Menge des ausgeschiedenen Urins zurück, nicht aber die Menge der Moleküle. Ein Beispiel, das wir vor kurzer Zeit beobachteten, möge dieses veranschaulichen:

Eine Frau mit einer großen Pyonephrose, die kolikartige Schmerzen auslöste, sondert 500 ccm Urin pro die ab, der — da er zwar dunkel, aber ohne jede Eiterbeimischung ist — nur aus der gesunden linken Niere kommen kann. Die Konzentration desselben ist $\Delta = 2{,}35$, $U = 38{,}0\,^0/_{00}$, die Konzentration des Blutes war normal, $\delta = 0{,}56$. Nun haben wir die rechte Eiterniere exstirpiert, am zweiten Tage nach der Operation beträgt die Urinmenge zwar 1500, aber $\Delta = 1{,}04$, $U = 12\,^0/_{00}$. Die linke Niere hat also, vielleicht beeinflußt durch die schmerzhafte rechtsseitige Geschwulst, weniger Wasser vor der Operation abgesondert wie nach derselben, während die Harnstoffausscheidung mit 18 g fast die gleiche ist bei gleichbleibender Blutkonzentration.

Man sieht hieran so recht das wunderbare Regulierungsvermögen der intakten Niere, die trotz des operativen Eingriffs, der Chloroformnarkose, des infolge des Fastens doch daniederliegenden Stoffwechsels prompt die Ausscheidung der harnfähigen Elemente übernimmt und durch Selbststeuerung der osmotischen Konzentrationsunterschiede im Gleichgewicht hält.

Wir haben nun gesehen, daß bei einseitiger, selbst geringfügiger Erkrankung die Funktion dieser Niere schon erheblich beeinträchtigt ist. Um so schwerer muß natürlich die Funktionsstörung bei doppelseitiger Erkrankung sich gestalten. Die beiden geschädigten Nieren vermögen nicht die Ausscheidung der Stoffwechselprodukte ausreichend zu vollziehen, so daß eine Retention im Blute eintreten muß, wie wir in zahlreichen Fällen nachweisen konnten. Wir glauben also den Satz auch umgekehrt vertreten zu müssen: Bei normaler molekularer Konzentration des Blutes besteht keine allgemeine Funktionsstörung, die sich in der großen Mehrzahl der Fälle mit einer doppelseitigen Nierenerkrankung deckt, während Konzentrationserhöhung stets auf eine solche schließen läßt.

Die Vorteile dieser Erkenntnis machen sich nun in zweifacher Richtung geltend, einmal was die Diagnose, zum zweiten, was die Indikation eines operativen Eingriffes anbetrifft.

In allen von uns beobachteten differentialdiagnostisch schwierigen Fällen hat sich die Bestimmung der molekularen Konzentration von Blut und Harn bewährt. So z. B. in jenen Fällen von Hämaturie ohne klare Ätiologie bringt die Kryoskopie oft sofort Aufklärung oder doch vorläufige Orientierung. Sie ist uns in dieser Beziehung geradezu unentbehrlich geworden und gestattet, mit Hilfe des Ureterenkatheterismus eine sichere Diagnose zu stellen. In erster Linie kommt hier in

Betracht: die Differentialdiagnose zwischen Stein (oder auch Tumor) und hämorrhagischer Nephritis mit einseitigen Nierenschmerzen. Wir haben mehrere Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt, in denen außer Hämaturie Schmerzen in einer Nierengegend vorhanden waren und so den Verdacht auf Steine nahe legten. Die Erhöhung der molekularen Konzentration des Blutes bis 0,65 und zugleich dauernde Konzentrationsverminderung des Urins zeigte uns aber an, daß eine doppelseitige Erkrankung vorliegen mußte, und die weitere klinische Beobachtung bestätigte denn auch unsere Annahme. In zwei Fällen handelte es sich um Schrumpfniere, wie später auch durch die Sektion nachgewiesen wurde, in einem sehr interessanten Falle um doppelseitige Cystenniere.

In diesen Fällen blieben die Pat. auf Grund unserer Untersuchungsmethode vor einem unnötigen operativen Eingriff, der Probefreilegung einer Niere, verschont. Umgekehrt läßt die normale Blutkonzentration doppelseitige Funktionsstörung von vorn herein ausschließen.

Bei der Cystitis der Prostatiker ist die Kryoskopie diagnostisch bezw. prognostisch zu verwerten. Wir haben bei einer Anzahl von Fällen von Prostatahypertrophie mit beginnender Retention ohne nachweisbare pyelitische Prozesse erhebliche Erhöhung der molekularen Blutkonzentration δ bis 0,71 gefunden und bei der nach bald eingetretenem Exitus erfolgten Sektion hochgradige pyelonephritische Prozesse gesehen, die klinisch bei dem zum Teil noch ganz rüstigen Pat. wenig in Erscheinung getreten waren. Andererseits weist normaler Gefrierpunkt bei Prostatahypertrophie auf noch nicht eingetretene aszendierende Prozesse hin. Auch diese Nutzanwendung, die unseres Wissens von anderer Seite noch nicht hervorgehoben worden ist, verspricht praktisch sehr gute Dienste zu leisten, besonders in bezug auf die Prognose, da ja bekanntlich das Endstadium der Prostatahypertrophie, die Urämie, oft ganz plötzlich, ohne Vorboten vorauszuschicken, eintritt.

Auch zur Sicherung der Diagnose Nierentumoren kann die funktionelle Untersuchung mit Vorteil herangezogen werden. Wir haben bei zwei Fällen von Grawitz'schen Tumoren, die, abgekapselt, die Nebennierensubstanz ergriffen hatten, ohne Kommunikation mit dem Nierenbecken, so daß der Urin äußerlich keinerlei krankhafte Veränderung zeigte, Herabsetzung der molekularen Konzentration des Urins der erkrankten Niere nachweisen können. Als besonders interessante Funktionsstörung fanden wir in beiden Fällen in dem aus den erkrankten Nieren aufgefangenen Urin reichlich Eiweiß, wogegen der Urin der anderen Seite kein Albumen enthielt.

Endlich mögen hier noch ganz kurz die funktionellen Untersuchungen erwähnt werden, die wir bei Nephritis angestellt haben. In neuerer Zeit ist von verschiedener Seite über Einseitigkeit der Nephritis geschrieben worden, die eventuell einer chirurgischen Behandlung zugänglich sein würde. Ohne hier auf diese Frage näher

eingehen zu wollen, seien nur unsere diesbezüglichen Untersuchungsresultate mitgeteilt. In der Voraussetzung, daß man durch die Funktionsbestimmung der Nieren vielleicht Rückschlüsse auf die einseitige oder doppelseitige Erkrankung ziehen könnte, haben wir in einer Reihe von Nephritisfällen bei der akuten, parenchymatösen Form wie bei der chronischen, interstitiellen Erkrankung u. a. den Urin beider Nieren vermittels der Ureterensonden getrennt aufgefangen. In den bis jetzt von uns untersuchten Fällen zeigte sich fast ganz gleiche Konzentration beider Urine, nur der Eiweißgehalt zeigte zum Teil erhebliche Verschiedenheiten. Die Untersuchungen sind jedoch noch nicht abgeschlossen und nur der Vollständigkeit halber angeführt.

Der zweite Gesichtspunkt der Verwertung der Kryoskopie bezieht sich auf die Indikationsstellung bei chirurgischen Eingriffen. Schon bei früheren Gelegenheiten haben wir uns diesbezüglich eingehend geäußert, so daß wir uns hier kurz fassen können. Auf Grund unserer Erfahrungen sind wir zu dem Schluß gekommen, daß bei bestehender funktioneller Niereninsuffizienz, die durch Erhöhung der molekularen Konzentration des Blutes nachgewiesen wird, die Exstirpation einer Niere nicht ratsam ist, da die zurückbleibende Niere in diesem Falle ebenfalls nicht funktionell intakt und den erhöhten Ansprüchen der kompensatorischen Leistung der Nierenelimination nicht gewachsen ist, daß dagegen bei normalem Blutgefrierpunkt die erkrankte Niere — wenn nötig — ganz entfernt werden kann ohne Gefahr einer Kompensationsstörung. Wir sind in der neueren Literatur verschiedentlich der mißverständlichen Auffassung begegnet, daß bei Niereninsuffizienz überhaupt nicht operiert werden dürfe. Das ist selbstverständlich nicht unsere Anschauung. Spaltungen der Niere zwecks Exstirpation von Steinen bei doppelseitiger Erkrankung oder zwecks Entleerung von Eiter aus dem Nierenbecken müssen auch vorgenommen werden bei Niereninsuffiziens, nur soll man die Nephrektomie nicht wagen, da sie in ihren Folgen durchaus unsicher ist.

Die praktischen Vorteile der Befolgung dieser Regel liegen auf der Hand. Während man früher bei einer Vereiterung oder sonstigen Erkrankung einer Niere, die eine Entfernung des ganzen Organs wünschenswert oder erforderlich macht, doch zunächst mit einiger Besorgnis mit der Nephrektomie zögerte und entweder den sicheren Weg der vorläufigen Spaltung der Niere ging, um dann später, wenn man sich von der Funktionstüchtigkeit der anderen Niere überzeugt hatte, die Exstirpation der gespaltenen folgen zu lassen, oder aber das Wagnis der Nephrektomie vornahm, wobei dann nicht selten das plötzliche Versagen der Nierentätigkeit infolge bestehender Erkrankung auch des zurückgebliebenen Organs eintrat, ist es dem Chirurgen unter Anwendung der funktionellen Untersuchungsmethode und des Ureterenkatheterismus jetzt möglich, von vornherein die

Nephrektomie als die notwendigste Operation zu beschließen und mit dem denkbar sichersten Erfolg auszuführen.

Die praktischen Erfahrungen, welche uns bis jetzt zu Gebote stehen, und die ja vor allem maßgebender als theoretische Erwägungen sein dürften, bestätigen voll und ganz den Wert der neueren Untersuchungsmethoden.

Von 245 Nierenoperationen, welche wir auszuführen Gelegenheit hatten, waren

107 Nephrektomien,
80 Nephrotomien,
4 Resektionen,
4 Entfernungen der Capsula propria bei Nephritis,
35 Fixationen,
6 Ureterenimplantationen,
9 Inzisionen bei Paranephritis.

Nach den einzelnen Krankheitsgruppen handelt es sich mit Ausschluß der operativen Eingriffe bei Nephritis, Paranephritis, Wanderniere und den der Ureteren um 168 Operationen, und zwar

	Vor	Nach
	Anwendung der neuen Untersuchungsmethoden	
I. Hydronephrosen. 26 Fälle. 1 Exitus letalis.	8 Fälle. Kein Exitus letalis.	18 Fälle. 1 Exit. letal. nach Nephrektomie bei doppelseitiger, vorher festgestellter Erkrankung und Gefrierpunktserniedr. $\delta = 0,64$.
II. Pyonephrosen. 31 Fälle. 5 Exitus letalis.	14 Fälle. 3 Exit. letalis infolge doppelseitiger Erkrankung der Nieren.	17 Fälle. 2 Exitus letalis, einer an Erschöpfung, einer infolge Komplikation mit Lungenabszeß.
III. Nephrolithiasis. 55 Fälle. 10 Exitus letalis.	a. Nicht infizierte Steine. 11 Fälle. Kein Exit. letalis.	10 Fälle. Kein Exit. letal.
	b. Infizierte Steine. 9 Fälle mit 2 Exitus letalis bei doppelseitiger Erkrankung.	14 Fälle. 1 Exit. letalis nach Nephrotomie an Erschöpfung.
	c. Doppelseitige Steine. 4 Fälle. 4 Exitus letalis an Urämie.	7 Fälle. 3 Exitus letalis nach Nephrotomie. $\delta = 0,65$, $\delta = 0,62$, $\delta = 0,63$ (kombin. m. Tuberkulose).
IV. Tuberkulose. 39 Fälle. (35 Nephrektomien.) 5 Exitus letalis.	17 Fälle. 5 Exitus letalis, davon 3 n. Nephrektomien infolge doppelseitiger Erkrankung, 2 nach Nephrotomien.	22 Fälle. Kein Exitus letalis.
V. Tumoren. 17 Fälle. 7 Exitus letalis.	7 Fälle. 6 Exit. letalis nach Nephrektomie infolge doppelseitiger Erkrankung oder Kachexie.	10 Fälle. 1 Exitus letalis nach Nephrotomie bei doppelseitiger Cystenniere. $\delta = 0,69$.
Summa: 168, † 28.	70 Fälle, † 20.	98 Fälle, † 8.

Die Gesamtmortalität der 168 operierten Fälle beträgt demnach 28 Exitus letalis. Vor Anwendung der neuen Untersuchungsmethode betrug die Mortalität 28 %, nach Anwendung derselben 8 %. Unter den 98 Fällen der letzten Zeit befinden sich 62 Nephrektomien mit nur 3 Todesfällen, von denen einer ($\delta = 0{,}64$) hätte vermieden werden können. Demnach beträgt die Mortalität für Nephrektomien nach Anwendung der neuen Untersuchungsmethode jetzt nur noch 4,8 %. (Selbstbericht.)

---

63) **Barth** (Danzig). Über funktionelle Nierendiagnostik.

Vortr. hat in den letzten zwei Jahren den Harnleiterkatheterismus in 36 Fällen ausgeführt, meist doppelseitig, und die funktionelle Untersuchung nach Casper-Richter angeschlossen. Dabei wurde natürlich auf die übliche chemische und mikroskopische Untersuchung des getrennt aufgefangenen Harns der größte Wert gelegt. 12 Fälle kamen zur operativen und 1 Fall zur postmortalen Autopsie und boten eine Kontrolle über die Deutung der festgestellten Funktionswerte. B. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlußfolgerungen.

Der Harn der kranken oder bei doppelseitiger Erkrankung der kränkeren Niere hatte stets eine geringere Gefrierpunktserniedrigung als der der gesunden oder weniger kranken Niere, wie es Casper und Richter gelehrt haben. Im allgemeinen kann man auch bei sehr differenten Gefrierpunkten beider Seiten aus der Höhe der Differenz einen Schluß auf die Ausdehnung des Zerstörungsprozesses ziehen: je größer die Differenz, um so größer die Zerstörung. Das gilt ohne weiteres, wenn die eine Niere durch die sonstige Untersuchung ihres Harns als gesund befunden wird. Sind beide Nieren krank, wie in einem von B. beobachteten Falle von doppelseitiger Tuberkulose, so besagt eine hohe Gefrierpunktsdifferenz, daß die eine Seite in größerem Umfange, die andere in beschränkterer Ausdehnung zerstört ist. Der Verlauf der Dinge nach der Nephrektomie hat hier den Beweis für die Richtigkeit dieser Deutung erbracht. Die andere Niere, wiewohl krank, funktionierte nach der Operation gut, und wenn dieselbe auch jetzt nach zwei Jahren noch nicht gesund ist, so hat sich doch die Pat. außerordentlich erholt und ist ihre Qualen losgeworden.

Umgekehrt darf man aus einer geringen Gefrierpunktsdifferenz einen positiven Schluß auf eine geringe Verbreitung der Erkrankung nur ziehen, wenn beide Nieren relativ hohe Gefrierwerte geben. Denn findet die Untersuchung des Kranken zu einer Zeit statt, wo die Gesamtausscheidung der Moleküle eine geringe ist, so kann man eine minimale Differenz beider Seiten bekommen, wiewohl die eine Niere gesund, die andere hochgradig zerstört ist, wie beispielsweise in einem Falle von einseitiger Nierentuberkulose mit [illegible]

punkt von Δ — 0,76 auf der kranken und Δ — 0,82 auf der gesunden Seite. Beide Zahlen stellen aber bei minimaler Differenz subnormale Werte dar. Auch dieser Pat. hat die Nephrektomie glatt überstanden, die Gesundheit der zweiten Niere war durch die chemische und mikroskopische Untersuchung ihres Sekrets vor der Operation außer Frage gestellt. Man sieht also, daß die Gefrierwerte ein konkretes Bild von der Leistungsfähigkeit beider Nieren nicht geben, sie können vielmehr nur unser durch den Harnleiterkatheterismus und die sonstigen Untersuchungsmethoden gewonnenes Urteil über den Zustand der Nieren in bestimmten Fällen ergänzen.

Und wie steht es nun mit der Phloridizinprobe?

Von einigen Fällen abgesehen, in denen überhaupt keine Zuckerreaktion nach Phloridzininjektion eintrat, ohne daß ein pathologischer Grund hierfür vorlag, war die Reaktion in B.'s Fällen auf der kranken Seite stets schwächer als auf der gesunden. War sie auf einer Seite vorhanden, während sie auf der anderen fehlte, wie es allein fünfmal beobachtet wurde, so wurde stets eine hochgradige Zerstörung derjenigen Niere, welche keine Reaktion zeigte, gefunden, während die andere Niere nach der Nephrektomie stets ausreichend funktionierte, selbst wenn sie nachweislich krank war oder wenn sie zurzeit der Untersuchung einen Harn von geringer molekularer Konzentration, der zu Bedenken hätte Anlaß geben können, ausgeschieden hätte. Es wäre hiernach die Phloridzinprobe gerade in manchen für die Beurteilung besonders schwierig liegenden Fällen als eine schätzenswerte Ergänzung der Gefrierpunktsbestimmung anzusehen. Im übrigen muß aber betont werden, daß die Menge des nach Phloridzineinspritzung aus einer Niere ausgeschiedenen Zuckers an sich einen Maßstab für den Zustand der Niere nicht bietet. Absolute Werte gibt es hier ebensowenig wie bei der Gefrierpunktsbestimmung, und nur der Vergleich der Zuckerreaktion beider Seiten und der Vergleich dieser Werte mit den übrigen Untersuchungsergebnissen des getrennt aufgefangenen Harns lassen gewisse Schlüsse zu, die unser Gesamturteil über den Zustand beider Nieren ergänzen.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß keine der funktionellen Untersuchungsmethoden imstande ist, uns in jedem Falle ein sicheres Urteil über die Leistungsfähigkeit der Nieren zu geben, und daß sich damit auch die Forderung, lediglich hiernach die Leistungsfähigkeit der zweiten Niere bei beabsichtigter Nephrektomie zu beurteilen und die Indikation zum Eingriff hiervon abhängig zu machen, von selbst erledigt. Einen absoluten Maßstab hierfür geben beide Methoden nicht, sondern nur einen relativen, der allerdings von hohem und höchstem Wert sein kann, wenn wir uns durch den Harnleiterkatheterismus und die chemische und mikroskopische Untersuchung des getrennt aufgefangenen Harns ein Urteil über die Beschaffenheit desselben und seiner pathologischen Beimengungen gebildet haben. Meist ist ja hierdurch allein schon die Diagnose gemacht und ein genügender Einblick in den Zustand der Nieren

getan, das soll nicht verkannt werden. Wenn wir auf der einen Seite einen eitrigen, eiweißhaltigen und auf der anderen einen klaren, eiweißfreien Harn haben, so wissen wir, daß die eine Niere krank und die andere gesund ist, und das wird uns für die chirurgische Beurteilung an sich genügen. Und ähnlich liegen die Verhältnisse, wenn wir bei einem Nierentumor oder einem Nierenstein aus der einen Niere einen normalen, aus der anderen einen chemisch und mikroskopisch veränderten Harn erhalten. Selbst bei doppelseitigen Erkrankungen (Eiterungen) können wir uns auf diese Weise in der Regel ein leidliches Urteil über die Ausdehnung des Krankheitsprozesses in jeder Niere verschaffen. Wer aber wollte sich dagegen verschließen, daß uns gerade hier die funktionelle Methode im einzelnen Falle einen Einblick gewährt oder doch gewähren kann, wie wir ihn früher nicht gekannt haben? B. verweist dabei nur auf den oben besprochenen Fall von doppelseitiger Nierentuberkulose. Und wenn er in drei Fällen von einseitiger Niereneiterung, welche ihm zur Operation geschickt waren, wesentlich auf Grund der relativ günstigen funktionellen Werte von einer Operation abriet und die Kranken ohne Operation zur völligen Heilung brachte, so bedeutet das eine Verfeinerung der Indikationsstellung, wie sie früher unmöglich war. In allen drei Fällen hätte er nach seinen früheren Anschauungen die Nephrotomie gemacht. Beiläufig bemerkt er, daß sich in diesen Fällen und in einem weiteren Falle von doppelseitiger stinkender Pyonephritis, wo er die Operation wegen ungenügender Nierenfunktion ablehnte, die Niereneiterung nach dem Katheterismus auffallend schnell besserte, offenbar weil die Abflußbedingungen nach Entleerung des Nierenbeckens günstiger geworden waren.

Eine ganz besondere Bedeutung scheint aber die funktionelle Methode für die leidige Differentialdiagnose zwischen Nierenstein und interstitieller Nephritis zu haben. Während die einseitige Nephrolithiasis, wie die bisherige Beobachtung ergeben hat, stets charakteristische Herabsetzung der funktionellen Werte bedingte, gab die mit Blutungen und einseitigen Koliken einhergehende Nephritis gleiche oder nahezu gleiche Werte. Der Prozeß ist eben in der Regel doppelseitig, auch wenn er klinisch nur einseitige Erscheinungen macht. Der funktionelle Befund wird aber besonders dann von großem Wert sein, wenn Zylinder im Urin fehlen, wie es in einer der B.'schen Beobachtungen der Fall war.

Warum übrigens die funktionellen Werte bei der Nephrolithiasis, auch ohne daß Eiterung vorhanden ist, auf der kranken Seite so erheblich zurückbleiben, scheint noch nicht genügend aufgeklärt. B. hatte erst einen Fall zu beobachten, der allerdings für die Deutung keine Schwierigkeiten machte. Es handelte sich um einen 64jährigen Herrn, der seit Monaten mehrfache spontane Hämaturien ohne Koliken gehabt hatte und dessen Urin in der Zwischenzeit außer vereinzelten roten Blutzellen keinerlei Veränderungen aufwies. Beim Harnleiterkatheterismus kam aus der rechten Niere ein dunkel-

brauner, blut- und eiweißhaltiger Harn von Δ — 0,47 und ohne Phloridzinreaktion aus der linken ein strohgelber, klarer, eiweißfreier Harn von Δ — 1,28 und $1^1/_4$% Sa. Bei der Nephrotomie fand B. im rechten Nierenbecken einen kirschgroßen Stein, und ein zur mikroskopischen Untersuchung exzidiertes Stück Nierengewebe zeigte eine recht erhebliche interstitielle Nephritis, die die charakteristischen funktionellen Wertunterschiede ohne weiteres erklärt. Ob dieser Befund eine generelle Bedeutung hat, bleibt weiteren Untersuchungen in dieser Richtung vorbehalten, ebenso wäre die Frage, ob bei gleich hohen funktionellen Werten beider Seiten eine einseitige Nephrolithiasis auszuschließen ist, durch eine weitere Beobachtung des einschlägigen Materials zu prüfen.

So haben wir nach der Ansicht B.'s begründete Aussicht, mit Hilfe der funktionellen Diagnostik unnötige Nierenspaltungen zu vermeiden, und wenn die Methode weiter keinen praktischen Nutzen brächte, als diesen, so wäre das allein schon Gewinn genug. Sicherlich aber stellt sie eine Verfeinerung unserer diagnostischen Hilfsmittel dar, die im einzelnen Falle, wie B. gezeigt hat, von hohem Werte sein kann, und wir haben alle Veranlassung, uns weiter in die Methode zu vertiefen, deren ganzer Wert erst bei einer besseren Klärung der mannigfachen Ergebnisse richtig abzuschätzen sein wird.

(Selbstbericht.)

---

64) **F. Loewenhardt** (Breslau). Elektrische Leitfähigkeit und funktionelle Nierendiagnostik.

Erörterungen über den Wert der Methoden zur Untersuchung der Nierenfunktionen behufs chirurgischer Eingriffe dürften sich heute weniger denn je schon zur Festlegung absoluter Urteile eignen; wird es doch immer mehr klar, daß eine oder die andere der physikalischen Beobachtungen nur Teildiagnosen geben können. Dazu kommt, daß die Erkenntnis der Nierenfunktion selbst, sowohl in mikrotopographischer Hinsicht, als auch in allgemein physiologischer Richtung, zwar wesentlich gefördert ist, aber noch viele strittige Punkte mit sich bringt.

Auch die funktionelle Tätigkeit derjenigen Organe, welche in pathologischem Zustande vikariierend und kompensatorisch für die Niere eintreten (Herz, Darm, Speicheldrüsen und Haut) beansprucht bei der Beurteilung eines Falles eine Bedeutung, läßt sich aber nur allgemein abschätzen.

Die jüngst erschienenen Arbeiten auf diesem Gebiete haben es klar gezeigt, daß man sich nicht auf eine Methode verlassen darf, sondern die Heranziehung möglichst vieler Faktoren notwendig ist. Selbst die Kryoskopie, welche sich den Vorzugsplatz in der funktionellen Diagnostik erobert hat, liefert nur eine Teildiagnose, weil sie auf die Größe der Moleküle keine Rücksicht nimmt, und auch bei gewissen schweren Fällen von Nephritis, in dem großmolekulare und

toxische Elemente im Blut retiniert sind, keine Vergrößerung der Gefrierpunktserniedrigung zu ergeben braucht.

v. Koranyi schlug vor, das spezifische Gewicht und den Kochsalzgehalt zu der molekularen Konzentration heranzuziehen, um durch den Vergleich des einen und des anderen Divisors weiteren Aufschluß über die Art der Moleküle zu erhalten.

Die Fragestellung für die Diagnostik des einzelnen Falles ist nun je nach Lage einfacher oder komplizierter. Eine große Gruppe werden die einseitigen Erkrankungen bilden, bei denen wir aus der einen Seite klaren, einwandsfreien Urin erhalten und der Sicherheit halber noch eruieren: ist diese anscheinend gesunde Niere überhaupt imstande ein konzentrierteres Produkt als das Blut auszuscheiden? Aber für die Gesamtleistung tritt sogleich die Quantitätsfrage als notwendige Ergänzung auf. Auch in allen von L. seit der letzten Publikation (Chirurgenkongreß 1902), teils in verschiedenen Hospitälern, teils in seiner Privatpraxis untersuchten Fällen ließ sich wiederum erkennen:

1) daß die elektrische Leitfähigkeit der gesunden Seite höher wie die der kranken Seite ausfällt,

2) daß gesunde Nieren gleiche Leitfähigkeit ergeben.

In einzelnen Fällen mußte L. wegen der zu geringen Urinmenge, die aus dem Ureter erhalten werden konnte, wohl oder übel nur auf diese Untersuchung hin operieren (mit gutem Ausgange). Zur weiteren Vereinfachung der Methode hat L. einen kompendiösen Apparat herstellen lassen, bei welchem die sonst bei der Kohlrausch'schen Widerstandsbrücke notwendige kleine Berechnung wegfällt und durch eine Hilfstabelle das Resultat mit der für Urinbestimmungen genügenden Genauigkeit abgelesen werden kann; für Blutbestimmungen bedient man sich besser der Walzenbrücke.

(Demonstration eines von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen, angefertigten Apparates.)

L. stellt im Anschluß eine Pat. vor, bei welcher verschiedene Untersuchungsmethoden gegen jeden radikalen Eingriff gesprochen hatten, und welche seiner Zeit in äußerst desolater Verfassung war. Linksseitige heftige Pyelonephritis, rechts große Pyonephrose. Es gelang schließlich, rechts den Ureterkatheter in die tief herabgestiegene Niere einzulegen und Abfluß und Besserung des Befindens herbeizuführen. Wiederholt auftretende Fieberbewegung und mangelhaftes Funktionieren des Ureterkatheters veranlaßten L. dann zur rechtsseitigen Pyelostomie mit Eröffnung eines paranephritischen Abszesses. Zentrale Sondierung des Ureters nicht zu erreichen.

Da sich die Funktion der linken Niere nicht besserte und es deshalb nötig war, hier von jedem größeren Eingriff abzusehen, sowie der Kranken auch jede Chance für die Erhaltung des restierenden rechten Nierenparenchyms zu lassen, versuchte L. nun immer wieder durch Einlegung des Ureterenkatheters von

der Blase aus den normalen Abfluß zu erzielen mit dem Ergebnis, daß sich 6 Monate nach der Operation die normale Passage wieder herstellte und die Fistel trocken blieb. Die Niere liegt fest und weit herabgestiegen.

Eine am Korsett befestigte Bandage mit Urinal konnte abgelegt werden, dieselbe gab in der kurzen Zeit, in der sie getragen wurde, ganz guten Abschluß.

Es fordert dieser Fall wohl dazu auf, in derartigen nicht radikal operablen Fällen von einer konsequenten Anwendung des Dauerkatheters noch ein Resultat zu erhoffen. (Selbstbericht.)

---

65) **Treplin** (Hamburg). Röntgenbilder von Nieren- und Gallensteinen.

Redner zeigt eine Reihe von Röntgenbildern von Nierensteinen, hauptsächlich um durch sie zu beweisen, daß alle Nieren- und Harnleitersteine ohne Rücksicht auf Größe und chemische Zusammensetzung derselben, sowie ohne Rücksicht auf die Stärke des zu untersuchenden Pat. auf der Röntgenplatte sichtbar zu machen sind, so daß man berechtigt ist, bei negativem Ausfall des Röntgenbildes mit Sicherheit auf Nichtvorhandensein eines Nierensteines zu schließen.

Im letzten Jahre sind im Eppendorfer Krankenhause 26 positive Röntgenbilder von Nieren- und Uretersteinen dargestellt worden. Dieselben sind sämtlich mit Ausnahme eines einzigen durch Operation respektive Sektion bestätigt. Unter den Steinen befinden sich alle möglichen Arten, von kolossalen das ganze Nierenbecken ausfüllenden bis zu fast nur linsengroßen. Es sind alle chemischen Zusammensetzungen unter ihnen: kohlensaurer Kalk, die verschiedenen Phosphate, Oxalate, reine Harnsäuresteine und ein reiner Cystinstein.

Auf die Technik der Röntgenaufnahme geht Redner nicht näher ein, zumal da gerade eben in einem Sonderheft der Albers-Schönberg'schen »Röntgendiagnostik und Therapie« eine genaue Beschreibung der Technik, wie sie im letzten Jahre in Eppendorf herausgebildet ist, von Dr. O. Rumpel erschienen ist mit Wiedergabe einer ganzen Reihe von Bildern.

(Es folgt hierauf die Demonstration der oben erwähnten 26 Röntgenbilder, sowie zur Kontrolle die Bilder der durch die Operation gewonnenen Steine.)

Anders wie mit den Nierensteinen steht es mit den Gallensteinen, deren Weichheit und ungünstige Lage unter der massiven Leber ihre röntgographische Darstellung wesentlich erschwert. Trotzdem ist es in Eppendorf in letzter Zeit gelungen, einige positive Bilder zu erzielen. Allerdings wird man nie so scharfe und wohlumschriebene Bilder erhalten wie bei den Nierensteinen.

Positive Resultate wurden auch nur erzielt bei Cysticus- und Choledochussteinen. Von in der Gallenblase liegenden und von Galle

umspülten Steinen wird man nie umschriebene Schatten bekommen, da die Galle ebensosehr oder sowenig für Röntgenstrahlen durchlässig ist wie die Gallensteine; wie das durch Experimente nachgewiesen ist.

(Es folgt das Bild des oben erwähnten Experiments, sowie drei positive Röntgenbilder von im Cysticus resp. Choledochus gelegenen Gallensteinen. Der aktinographische Befund ist bei allen dreien durch Operation resp. Sektion bestätigt.)

Bei sehr starken und schwer zu durchleuchtenden Pat. ist es in Eppendorf nicht gelungen, auch im Cysticus gelegene Steine auf der Platte zur Darstellung zu bringen. (Selbstbericht.)

---

66) **Zondek** (Berlin). Beitrag zur Anatomie der Ureteren in ihrer Bedeutung für die Nierenchirurgie.

Der menschliche Ureter stellt kein zylindrisches Rohr dar, sondern zeigt verschiedene Erweiterungen und Verengerungen.

Diese Gestalt des Ureters hat ein physiologisches und chirurgisches Interesse.

Die physiologische Bedeutung der Gestalt der Niere besteht darin, daß sie die zweckmäßigste Form für die Funktion des menschlichen Ureters sein dürfte, für die Herableitung des Harns aus dem höher gelegenen Nierenbecken in die tiefer gelegene Blase. Bei den Quadrupeden mit horizontaler Körperhaltung, bei denen der Harn in mehr horizontaler Richtung fortgeleitet wird, ist nach Schwalbe der Ureter anders gestaltet als beim Menschen.

Die eigenartige Form des menschlichen Ureters verdient auch in chirurgischer Hinsicht Beachtung: Die physiologischen Engen sind zuweilen so eng, daß sie beim Ureterenkatheterismus Schwierigkeiten bereiten dürften. Ferner sind die Erweiterungen oberhalb der physiologischen Engen die Prädilektionsstellen für die Lokalisation der Uretersteine. Der Vortr. hat in einem Falle durch Palpation per vaginam im unteren Ureterende vor seiner Einmündung in die Blase einen Stein nachweisen können.

Die Gestalt des menschlichen Ureters ist nicht erst im späteren Leben erworben, sondern anererbt; denn man findet sie bei Neugeborenen. Das hat der Vortr. vielfach beobachtet, auch ist dies in einem von ihm demonstrierten Präparate zu sehen. Wie die Kenntnis der normalen Form des menschlichen Ureters, so ist auch die seiner Anomalien nicht allein von anatomischem, sondern auch von chirurgischem Interesse.

Der Vortr. geht nicht auf alle Abnormitäten des menschlichen Ureters ein, sondern behält sich dies für eine spätere ausführliche Arbeit vor. Er weist nur auf eine Anomalie hin, die nicht selten vorkommt: auf Nieren mit doppeltem Nierenbecken an der medialen, der gewöhnlichen Hilusseite der Niere. Bei sol-

chen Nieren kann nur der eine Teil, der zu dem einen Nierenbecken gehört, mitsamt diesem erkranken, und zwar derart, daß seine Exstirpation geboten ist. In diesem Falle wird man nicht die ganze Niere entfernen, sondern nur den krankhaft veränderten Teil der Niere, und das wird von lebenswichtiger Bedeutung sein, wenn es sich zufällig um eine Solitärniere handelt. Das kommt allerdings sehr selten vor, denn diese Nieren sind im Gegensatz zu anderen Nieren mit doppeltem Nierenbecken nicht durch Verschmelzung zweier Nieren, sondern durch Teilung des Ureters bezw. durch seine zwiefache embryonale Anlage entstanden.

Legt man eine solche Niere frei, dann wird es zuweilen recht schwierig sein, den zweiten Ureter als solchen zu erkennen. Denn da an einer Niere von gewöhnlichem Volumen zwei Ureteren vorhanden sind, da also jeder einzelne Ureter den Harn aus nur einem Teil der Niere fortzuleiten hat, ist es begreiflich, daß jeder einzelne Ureter enger als normal ist, und daß auch das dazu gehörige Nierenbecken sehr klein ist, oft so klein, daß es extrarenal überhaupt nicht zu erkennen ist; so in zwei demonstrierten Präparaten, und in einem von dem Vortr. gelegentlich klinisch beobachteten Falle. Bei einem derartigen Befund wird man nicht so sehr an dem Aussehen des Stranges, als vielmehr an seiner etwaigen Pulsation erkennen, ob es der zweite Ureter oder eine Arterie, ob die Resektion oder Exstirpation der ganzen Niere indiziert ist.

Die Ureteren vereinigen sich in mehr oder weniger großer Entfernung vom Hilus der Niere, zuweilen münden sie gesondert in die Blase.

Der Vortr. demonstriert eine Reihe normaler menschlicher Ureteren, welche er nach der Wickersheimer'schen Methode behandelt hat. Zwei Ureteren sind pathologisch erweitert und zeigen ebenfalls die Erweiterungen und Verengerungen. In einem Präparat vereinigen sich die beiden Calyces majores in etwa 2 cm Entfernung vom Hilus der Niere zum Nierenbecken.

Der Vortr. zeigt ferner Nierenpräparate mit zwei Nierenbecken an der Hilusseite der Niere. In einem Präparate vereinigen sich die Ureteren dicht vor ihrer Einmündung in die Blase, in zwei anderen Präparaten münden die Ureteren gesondert in die Blase, so daß hier drei Uretermündungen vorhanden sind. In einem Präparat ist das zweite untere Ureterostium nahe dem Orificium internum urethrae; der Mann, von dem dieses Präparat gewonnen ist, hat ein Alter von ca. 70 Jahren erreicht und hat nie Harnbeschwerden gehabt.

(Selbstbericht.)

---

67) **Riese** (Britz-Berlin). Zur Klinik der subkutanen Nierenverletzungen. Mit Demonstration einiger Präparate.

Vortr. hat, soweit möglich, sämtliche bisher veröffentlichten Fälle unkomplizierter subkutaner Nierenverletzungen im Anschluß

an die letzte große Statistik von Delbet gesammelt und unter Hinzufügung von 8 selbst beobachteten Fällen und unter Abrechnung aller der Fälle, die mit anderweitigen schweren Verletzungen kompliziert waren, 491 Fälle zusammengetragen. Auf Grund der an dieser Reihe von Nierenverletzungen gemachten Erfahrungen geht R. in erster Linie auf die diesen Verletzten drohenden Gefahren ein und auf die Therapie, die aus der kritischen Prüfung der Einzelbeobachtungen abzuleiten ist.

Zweifellos sind in der letzten Zeit zahlreiche Fälle veröffentlicht worden, die beweisen, daß die Zahl der leichten Nierenverletzungen eine große ist, und daß diese bei exspektativer Behandlung glatt heilen, daß bei vielen gar keine Blutungen, sondern nur vorübergehende Albuminurien auftreten. Auch die schwereren Nierenverletzungen, selbst viele der in den Hilus vordringenden Zerreißungen heilen meistens bei exspektativer Behandlung und sind hauptsächlich nur vor Eiterungen zu schützen, bei deren Auftreten möglichst bald operativ eingegriffen werden muß.

Ganz anders verhält sich die Sache bei den ganz schweren Verletzungen mit querer Zerreißung, Zertrümmerung des Organs, Abreißung der Gefäße, Zerreißung der Peritoneums. Hier kann in erster Linie die Blutung verhängnisvoll werden, während die Gefahr der Vereiterung erst in zweiter Linie in Betracht kommt, die der Peritonitis überhaupt kaum vorhanden ist, da eine solche bei Zerreißung oder Zertrümmerung der Niere gar keine Zeit hat, sich zu entwickeln, weil sich derartig Verletzte primär verbluten, wenn nicht eingegriffen wird. Die an Peritonitis Gestorbenen haben dieselbe erst bekommen, nachdem ein vereiterter renaler oder perirenaler Bluterguß in die Bauchhöhle durchgebrochen war; sie wären also durch rechtzeitiges Vorgehen gegen die Eiterung vor der Peritonitis zu bewahren gewesen. Daß trotz Zerreißung des Peritoneums die Nierenverletzung mit geringer Blutung einhergehen kann, daß eine Mitzerreißung des Peritoneums nicht ohne weiteres die Prognose der subkutanen Nierenverletzungen zu einer absolut schlechten macht, wie früher angenommen wurde, daß auch bei ihnen konservative Behandlung zum Ziele führt, haben die Beobachtungen von Roux, Souligoux-Fossard, de Quervain bewiesen. Die Gefahr rascher Verblutung ist aber bei Mitzerreißung des Peritoneums immer noch am größten, weil der Blutung kein Widerstand von den umgebenden Geweben geleistet wird, wie bei den extraperitonalen Verletzungen. Bei diesen letzteren ist die Gefahr der Verblutung aber auch immerhin noch eine beträchtliche. Da unter 327 unkomplizierten Nierenverletzungen, die exspektativ behandelt wurden, von 69 überhaupt Gestorbenen 41 an Verblutung zugrunde gingen, wird man gut tun, in den Fällen ganz schwerer Blutung früh einzugreifen, bei andauernden oder später eintretenden schweren Blutungen nicht zu lange mit dem Eingriff zu zögern. Wie häufig schwere Blutungen überhaupt sind, geht daraus hervor, daß von 164 operativen Ein-

griffen 98 wegen primärer oder sekundärer schwerer Blutung gemacht werden mußten.

Die Schwere der Blutung wird angezeigt durch die allgemeinen und lokalen Symptome. Was die ersteren betrifft, so soll man zunehmende Blässe, kleinen, frequenten, fadenförmigen Puls, kühle Extremitäten, Unruhe bei subkutanen Nierenverletzungen im Allgemeinen nicht als Choksymptome deuten, da Chok auch bei den schwersten subkutanen Nierenverletzungen sehr selten ist. Von den lokalen Symptomen sind, abgesehen von denjenigen der Nierenverletzung überhaupt: bei Mitzerreißung des Peritoneums in erster Linie nur das Auftreten einer verschieblichen Dämpfung in den abhängigen Partien des Leibes und die allgemeine Schmerzhaftigkeit des Leibes zu verwerten; bei extraperitonaler Verletzung die schnell anwachsende Dämpfung und Geschwulst um die verletzte Niere. Ist eine solche sehr schwere Blutung zu diagnostizieren, oder tritt Verblutungsgefahr später durch Nachblutung ein, oder besteht eine lang andauernde Hämaturie, die dem Leben bedrohlich wird, so ist ein operativer Eingriff angezeigt. Derselbe soll in Freilegung der Niere bestehen, die selbst möglichst konservativ mit Naht, Tamponade, bei Zerreißung nur der Vene mit Ligatur derselben zu behandeln ist. Nur wenn diese Maßnahmen aussichtslos erscheinen, ist die Exstirpation angezeigt, die selbst bei vollständiger Abreißung des Nierenstiels in dem Falle von Zeidler zur Genesung geführt hat.

Bei intraperitonealen Verletzungen ist die Laparotomie die Methode der Wahl, doch ist es auffallend, daß die meisten Operateure derselben noch den Nierenschnitt hinzugefügt haben. R. ist auch bei intraperitonealer Verletzung mit einem Flankenschnitt ausgekommen, von dem aus das Peritoneum eröffnet werden kann. Für die meisten Fälle wird jedenfalls ein ausgiebiger Flankenschnitt genügen.

Daß nach Nierenverletzungen noch häufiger Spätoperationen wegen Aneurysma, Vereiterungen, Nekrosen, falschen und wahren Sackbildungen nötig werden, ist zur Genüge bekannt. Die Fälle des Vortr.: zwei Nephrektomien, die eine wegen intraperitonealer Verletzung sofort, die andere wegen andauernder Hämaturie und schwerer Nachblutung aus einem Riß der Arterie bei querer Zerreißung und ausgedehnter Nekrose beider Nierenhälften nach 16 Tagen ausgeführt; drei konservativ mit Tamponade resp. Naht und drei exspektiv behandelte Fälle sind alle genesen.

Wieviel günstiger die Prognose der unkomplizierten subkutanen Nierenverletzungen sich in der letzten Zeit gestaltet hat, zum Teil wohl infolge rechtzeitig vorgenommener operativer Eingriffe, ergibt sich daraus, daß von 491 Fällen 19,1% starben, während die Küstersche Statistik noch einen Prozentsatz von 30,18, die von Delbet noch einen solchen von 27,6 Toten aufweist. Von 27 exspektativ Behandelten starben 21,1%.

Von 85 konservativ chirurgisch Behandelten 11,7%.

Von 79 Nephrektomierten 18,9%.

Die Mortalität von 71 nach dem Jahre 1890 ausgeführten Nephrektomien beträgt 16,8%. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Körte (Berlin) befürwortet bei subkutanen Nierenrupturen ohne Infektion ein möglichst konservatives Verhalten.

Von 19 Nierenrupturen ohne komplizierende Verletzungen starb keiner, von 12 mit schweren Komplikationen 5.

Operiert wurde bei 4 Pat., 3 geheilt, 1 gestorben (Leber-Nierenruptur, Peritonitis). (Selbstbericht.)

v. Beck (Karlsruhe) hat bei Nierenquetschungen niemals primär operativ einzugreifen brauchen, sekundär wurde die Operation nötig bei Vereiterung des Hämatoms. Seine Behandlungsmethode besteht in Ruhiglagerung, Eis, Ergotin subkutan, Kochsalzlösunginfusion.

Riese (Britz) hat in seinem Vortrage gemeint, daß man nur in den allerschwersten Fällen operativ eingreifen, im allgemeinen aber exspektativ verfahren solle. Herhold (Altona).

68) F. Loewenhardt (Breslau). Ein Fall von Nierensequester (mit Demonstration eines Präparates).

Kranker mit rechtsseitiger, aufsteigender Pyelonephritis und Abszeßbildung. Ursache wahrscheinlich Pneumokokken, die sich massenhaft im Harn fanden.

Der Zustand drängte zur Operation, es kam aber plötzlich vorher zur Entleerung einer großen Eitermenge mit dem Urin, in dem Dr. Alter jun. Stücke von Nierensubstanz auffand. Baldige Genesung.

(Demonstration der Präparate.)

Bei späterer Cystoskopie fand sich, daß der rechte Ureter nicht sezernierte. Da auch kein Tumor mehr in der rechten Lumbalgegend zu fühlen war, ist anzunehmen, daß es sich um totale Einschmelzung der rechten Niere gehandelt hat.

L. erwähnt noch einen zweiten von ihm beobachteten Fall von Pneumokokkeninfektion der Harnwege. Nach einer akuten Pneumonie heftige Hämaturie und Entleerung eines etwa walnußgroßen Fibringebildes aus der Blase, ein Vorgang, der ja schon von anderer Seite beobachtet wurde.

Die Cystokopie ergab nachher gesunde Schleimhaut und nur wenige kleine Narben. (Selbstbericht.)

69) P. Clairmont (Wien). Hypernephrom-Impfrezidiv in den Bronchiallymphdrüsen.

Das anatomische Präparat, das demonstriert wird, stammt von einem Pat. der I. chirurgischen Univ.-Klinik in Wien. Der Pat. wurde vor 10 Jahren von Billroth wegen eines rechtsseitigen Nieren-

tumors nephrektomiert. Hierbei wurde der rechte Pleuraraum eröffnet. Seither war Pat. vollkommen wohl. Im August 1902 erkrankte derselbe unter pulmonalen Symptomen: Dyspnoe, Hämatemesis, Fieber. Als er im März in die Klinik aufgenommen wurde, fand sich über der rechten Lunge hinten und vorn unten Dämpfung, vorn oben tympanitischer Schall, abgeschwächtes vesikuläres Atmen. Das septische Fieber hielt an. Die mikroskopische Untersuchung einiger ausgehusteter Gewebsstückchen blieb erfolglos. Bei einer Probepunktion wurde schleimiger Eiter aspiriert. Trotz Eröffnung eines durch Bronchiektasie entstandenen Abszesses in der indurierten Lunge starb Pat.

Bei der Obduktion fand sich in den Lymphdrüsen an der Bifurkation der Trachea ein eigroßer Tumor, der in beide Bronchien durchgebrochen war und den rechten vollkommen obturierte. Die histologische Untersuchung ergab Hypernephrom.

Da eine Beziehung der Bronchiallymphdrüsen zu den Nieren nicht besteht, und Hypernephrome sich auf dem Wege der Blutbahn ausbreiten, ist anzunehmen, daß die rechte Pleurahöhle bei ihrer Eröffnung gelegentlich der Nephrektomie vor 10 Jahren mit Tumorzellen infiziert wurde. Die Zellen wurden resorbiert, durch den Lymphstrom in die regionären Lymphdrüsen geschleppt und dort deponiert. Unter wahrscheinlich schlechten Wachstumsbedingungen wuchsen diese Zellen langsam im Laufe der seit der Operation verflossenen 10 Jahre zu dem gefundenen Tumor heran.

(Selbstbericht.)

---

70) **Riedel** (Jena). Zur Behandlung des Kryptorchismus.

R. hat fünf Kranke operiert, von denen einer vorgestellt wird. Die Fixation des Hodens im Hodensacke verursachte keinerlei Schwierigkeiten, wohl aber das Herunterziehen des Hodens. Dabei spannte sich nicht etwa der Samenstrang an, sondern die Vasa spermatica. Letztere mußten weithin vom Samenstrange getrennt, weit in die Beckenschaufel verfolgt und dort ausgiebig gelöst werden; erst dann ließ sich der Hode herunterziehen. Verlagerung des Hodens samt Gefäßen und Samenstrang an die mediane Seite der Vasa epigastrica (1 Fall) gab kein gutes Resultat. Der Hode wurde stets lediglich durch Matratzennaht im Hodensacke fixiert. Der Hode des 10jährigen Knaben, der vorgestellt wurde, ist seit der Operation (vor $1^1/_2$ Jahren) deutlich gewachsen, so daß man hoffen darf, daß der Hode später funktionsfähig werden wird. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Heidenhain (Worms) legt bei Kryptorchismus, wenn sich der Hoden vor den äußeren Leistenring ziehen läßt, ein Bruchband mit nach unten wirkender Pelotte an; dieses Verfahren hat sich ihm gut bewährt.

König (Altona) vermochte den Samenstrang dadurch besser zu mobilisieren, daß er die Fascie, durch welche die Vasa epigastrica verlaufen, nebst diesen durchtrennte. **Herhold** (Altona).

---

71) **Dührssen** (Berlin). Die Gefahrlosigkeit der modernen gynäkologischen Operationen an der Hand eines klinischen Jahresberichts, nebst Bemerkungen über die angewandten Desinfektionsmethoden und die operative Technik.

Durch die Heißwasser-Alkohol-Sublimat-Desinfektion der Hände ist es D. gelungen, unter seinen letzten 500 Operationen die Kontaktinfektion ganz auszuschalten, indem sich nur 6 Todesfälle (1,2%) ereigneten — bei 3 vorgeschrittenen Karzinomfällen, die nach der Wertheim'schen Methode operiert wurden, bei 2 mit Peritonitis resp. Pyämie eingelieferten Fällen und bei einer moribunden Tubarschwangerschaft. Auch diese 6 Todesfälle hätten sich vermeiden lassen, wenn die Kranken früher ärztliche Hilfe nachgesucht hätten — und es ist mit großer Sicherheit heutzutage auf einen günstigen Ausgang einer gynäkologischen Operation zu rechnen, falls die Kranken sich rechtzeitig zur Operation entschließen.

Während die 6 Todesfälle auf die 84 ventralen Köliotomien entfallen, hat D. unter 267 vaginalen Operationen mit Eröffnung der Bauchhöhle, darunter 68 Totalexstirpationen, überhaupt keinen Todesfall zu beklagen.

Bezüglich der vaginalen Köliotomie zur Heilung der Retroflexio, also der Vaginifixur, bemerkt D., daß er nach derselben in 76 Fällen Schwangerschaft, darunter bei 4 Personen im Alter von 41—45 Jahren, eintreten und die Geburt stets normal verlaufen sah. Dies günstige Resultat hat D. durch den isolierten Schluß der Bauchfellöffnung erreicht. Die Furcht vor späteren Geburtsstörungen ist daher nicht mehr zugunsten der von dem Chirurgen bevorzugten Alexander-Adams'schen Operation zu verwerten. Diese Operation ist eine minderwertige, weil sie die kranken Beckenorgane gar nicht zu Gesicht bringt, und die Beckenorgane oft schwer krank sind, obgleich die bimanuelle Untersuchung nur eine Retroflexio erkennen ließ. Die Sterilität oder heftige Schmerzen bedingenden Verwachsungen der Tubenostien lassen sich nur durch die Köliotomie mit Sicherheit erkennen und beseitigen.

Unter 60 Myomexstirpationen mit Eröffnung der Bauchhöhle hatte D. keinen Todesfall. Die ungefährlichste Methode ist die vaginale Myomhysterektomie, die sich mit Hilfe einer Scheiden-Damminzision, der völligen Spaltung des Uterus, dem Morcellement und der Enukleation der einzelnen Myomknollen selbst bei Virgines und nahezu mannskopfgroßem Uterus durchführen läßt — die gefährlichste, die vaginale oder ventrale Enukleation, die D.

nur bei jüngeren, Konzeption erschwerten Frauen übt. Sie läßt sich vaginal auch bei kindskopfgroßen Myomen durchführen — ev. mittels der von D. angegebenen Colpocoeliotomia anterior-lateralis, d. h. der Abtrennung eines Ligamentum latum vom Uterus.

Die ventrale Hysteromyomektomie nimmt D. bei Tumoren von Mannskopfgröße an nach der Kelly-Noble'schen Methode vor. Gewöhnlich läßt D. die Cervix zurück, doch hat er sie seit 8 Jahren vielfach in der Weise exstirpiert, daß er sie nach der supravaginalen Amputation des myomatösen Uteruskörpers rapid bis in die Scheide hinein in zwei Hälften spaltete und nach Abbindung entfernte. Seit 1898 hat er ferner diese Spaltung der Cervix oder des ganzen Uterus von oben her angewandt, um bei schweren entzündlichen Erkrankungen der Adnexe, des Beckenbauchfells und der Parametrien den fixierten Uterus zu mobilisieren und hierdurch die Exstirpation des Uterus und der ihm angrenzenden erkrankten Gebilde zu erleichtern oder überhaupt erst zu ermöglichen. Das Verfahren ist später auch von Kelly und Krönig empfohlen worden.

Für bestimmte Fälle ist D. ein Anhänger der Drainage, die er stets nach der Scheide hin mittels Jodoformgazestreifen ausführt. Bei eitriger Infiltration eines Lig. latum muß man zwecks erfolgreicher Drainage zuvor das kranke Ligament vom Uterus abtrennen — und zwar entweder mittels vaginaler oder ventraler Köliotomie.

Bei Uteruskarzinom ist D. im Prinzip für die vaginale Totalexstirpation nur bei Korpuskarzinomen. Gerade für diese Fälle hat D. schon lange vor Schuchardt seine dem »paravaginalen Schnitt« völlig identische Scheiden-Damminzision geübt und empfohlen. Die übrigen Fälle sollen ventral operiert werden und werden einen guten Ausgang nehmen, falls die leidende Frauenwelt unablässig über die Frühstadien des Uteruskarzinoms aufgeklärt wird. Leider haben die Ärzte sich auch diese sonst nötige Aufklärung der Laienwelt von den Kurpfuschern und Naturheilkundigen abnehmen lassen, und diese verkünden der Wahrheit entgegen, daß Operationen bei bösartigen Unterleibsgeschwülsten der Frauen nutzlos seien.

Allein im Interesse der leidenden Frauenwelt müßte das frühere Kurpfuschereiverbot wieder eingeführt werden! (Selbstbericht.)

---

72) **Vulpius** (Heidelberg). Die Heidelberger Verbandschiene, eine neue Schienenvorrichtung.

Die vom Vortr. demonstrierte Schiene besteht aus Längsstäben und Querspangen. Die Längsschienen aus Aluminium sind vierkantig, die Querspangen aus dem gleichen Material sind mit einem Führungsschlitz versehen und von verschiedener Länge. Will man sich eine Schiene herstellen, so verfährt man in folgender Weise: Auf einen entsprechend lang gewählten Stab werden eine Reihe von

Querspangen aufgeschoben, welche entsprechend dem wechselnden Umfang des Gliedes verschieden lang genommen werden. Nun wird der Stab über Flächen und Kanten mit Leichtigkeit zurecht gebogen, die Schiene angelegt, worauf ein leichter Druck auf die Spangen genügt, um dieselben der Zirkumferenz der Extremität anzupassen.

Die Vorrichtung besitzt eine ganze Reihe von Vorzügen.

Mit wenig Schienenmaterial können wir jede beliebige Schienenform, und zwar in jeder gewünschten Größe herstellen. Die Schiene läßt sich nach allen Richtungen hin leicht biegen, so daß wir dem betreffenden Glied jede gewünschte Stellung geben können. Dabei ist die Schiene doch ausreichend standfest. Die Schiene fixiert außerordentlich sicher, weil sie ähnlich wie ein Hülsenapparat die Extremität flächenhaft umgreift. Die Verschieblichkeit der Querspangen erlaubt das Aussparen beliebiger Stellen behufs Wundverbands u. dgl. Das Schienenmaterial ist sehr leicht zu reinigen. Es läßt sich ferner sehr bequem verpacken, so daß z. B. der praktische Arzt bei Fahrten über Land stets genügend Schienenmaterial mit sich führen kann, um für alle Fälle gerüstet zu sein. Diese Eigenschaft der Schiene ist es auch, welche dieselbe meines Erachtens für militärärztliche Zwecke besonders wertvoll erscheinen läßt. (Selbstbericht.)

---

73) **Bender** (Leipzig). Demonstration von Gipsdrahtschienen nach Prof. Kölliker-Leipzig.

Die Schienen sind bisher nur militärärztlichen Kreisen vorgelegt worden. Sie bestehen aus einem engmaschigen dünnen Drahtgeflecht, das mit Gipsbinden umwickelt wird. Man schneidet sich die Schiene aus dem Drahtgeflecht zurecht und wickelt etwa drei Lagen von Gipsbinde darum. Die frisch gefertigte Schiene, die vollkommen plastisch ist, rechtwinklig gebogen und mit einer Hohlkehle versehen werden kann, wird dann der Extremität angepaßt. Vorzüge der Gipsdrahtschiene sind, daß sie den Gipsverband vereinfacht, viele Schienen ersetzen kann, leicht abnehmbar ist, an Material spart, zu starke Einengung der Extremität vermeidet.

B. weist sodann kurz auf noch wenig beachtete Stellungsveränderungen bei Ankylosen und Kontrakturen der oberen Extremität hin, die in ähnlicher Weise ausgeglichen werden, wie die coxitischen Kontrakturen. Bei Abduktionstellung wird durch Hebung des Schulterblattes der Arm an den Thorax adduziert, es resultiert daraus Hochstand der Skapula und scheinbare Verkürzung des Armes. Adduktionsstellung des Armes veranlaßt Tiefstand des Schulterblattes und scheinbare Verlängerung des Armes; dabei zuweilen Außenrotation. Verantwortlich für diese Stellungsveränderungen ist die Haltung des Armes während der Erkrankung. Ausführlicher Bericht wird folgen. (Selbstbericht.)

---

74) **Jordan** (Heidelberg). Die Massagebehandlung frischer Knochenbrüche.

Die Resultate der Frakturbehandlung mit den alten immobilisierenden Methoden lassen viel zu wünschen übrig, da die funktionelle Aufgabe zunächst vernachlässigt wird und das Glied nach der Konsolidierung häufig versteift und muskelschwach geworden ist. Die Championnière'sche Methode berücksichtigt in erster Linie die Funktion, besteht in der Anwendung der Massage von dem Tage der Verletzung ab und frühzeitigen Bewegungen der Gelenke und Sehnen, verzichtet in vielen Fällen auf jeglichen Verband, während in Fällen mit Neigung zu Verschiebung nur für kurze Zeit eine Fixation ausgeführt wird.

Vortr. adoptierte von dem Championnière'schen Verfahren nur die Massage und die frühzeitigen Bewegungen, konnte sich zu dem Verzicht auf die Immobilisierung nicht entschließen und verband schon von 1895 ab die funktionelle Methode mit der temporären Fixierung, legte nach jeder Massagesitzung bei allen Knochenbrüchen bis zur Heilung einen Schienenverband an. Die Massage besteht in einfachen Streichungen in der Längsrichtung des Gliedes von der Peripherie nach dem Zentrum. Dieselbe wird nach guter Lagerung des Gliedes zunächst sehr milde und zart ausgeführt, und erst ganz allmählich gesteigert. Die einzelne Sitzung dauert 15—30 Minuten. Unter dem Einfluß der Massage nimmt die Empfindlichkeit mehr und mehr ab, und diese Herabsetzung benuzt man dann am Schluß jeder Massagesitzung zur Vornahme leichter passiver Bewegungen der Gelenke. Die Schwellung und Spannung des Gliedes nehmen bei täglicher Massage rasch ab, die spontanen Schmerzen verschwinden nach einigen Tagen, die Sugillation erscheint schon am 2. bis 3. Tage und breitet sich rasch aus. Die Verteilung und Resorption des Blutergusses erfolgen sehr schnell. Die Kallusbildung vollzieht sich rascher und sicherer, als bei wochenlanger Fixierung; der Muskelatrophie wird vorgebeugt, so daß Heilung und Gebrauchsfähigkeit der Extremität ziemlich zusammenfallen.

Vortr. hat die angegebene Methode in über 100 Fällen von Frakturen der oberen Extremität in den letzten 8 Jahren angewandt und verfügt über 73 Beobachtungen mit Endresultaten. Von 73 Pat., von denen 27 das 40. Jahr überschritten hatten, wurden 67 vollständig arbeitsfähig, 2 bezogen eine Rente von 50%, 2 eine solche von 40% und 2 eine solche von je 10%. Diese Endresultate sind als vorzügliche zu bezeichnen.

Bei den Frakturen der unteren Extremität wurde die reine Massagebehandlung nicht durchgeführt, vielmehr ein gemischtes Verfahren in der Art angewendet, daß zunächst bis zum Schwinden der Anschwellung täglich bei Bettruhe und Schienenanlegung massiert und dann erst der Gehverband angelegt wurde.

Die Massagebehandlung der Frakturen erfordert viel Zeit, Geduld und Erfahrung, doch sind die Vorteile derselben so schwerwiegende, daß eine allgemeinere Anwendung des Verfahrens dringend zu befürworten ist. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Bardenheuer (Köln) empfiehlt bei Gelenkfrakturen möglichst frühe Bewegungen. Beim Handgelenk kann man schon nach 4 Tagen beginnen. Die Extensionsbehandlung sollte mehr, als bisher üblich, abgekürzt werden.

Stolper (Breslau), der den Ausführungen Jordan's zustimmt, wünscht für die Behandlung der einfachen Frakturen häufigere Anwendung von Wasser, Seife und Massage. **Jaffé** (Hamburg).

---

75) **P. Manasse** (Berlin). Myogener Hochstand des rechten Schulterblattes.

M. berichtet unter Vorführung von Photographien am Projektionsapparate über einen Fall von myogenem Hochstand des rechten Schulterblattes bei einem 18jährigen Fräulein. Nach Durschneidung der in tonischer Kontraktur befindlichen Mm. levator ang. scapulae und rhomboidei, welche die Ursache der Deformität gebildet hatten, und Resektion des inneren oberen Scapularwinkels verschwand der Hochstand des Schulterblattes, trat jedoch infolge von Verwachsung des Levatorstumpfes mit dem Schulterblatt nach 7 Wochen wieder ein. Nunmehr Resektion der Mm. levator ang. scapulae und rhomboidei, wodurch die Deformität dauernd korrigiert blieb. Indessen traten im Anschluß an diese Operation in den genannten Muskeln wie auch in den Mm. pectoralis minor, pectoralis major (Port. clavicularis) und serratus ant. major klonische Zuckungen auf, welche dem rechten Schulterblatt eine stoßweise Bewegung nach oben bezw. nach oben, vorn und außen erteilten. Durchschneidung bezw. Exstirpation der Mm. levator, pectoralis minor und major brachten die Krämpfe nicht zum Stillstand, dagegen trat eine der Heilung nahe kommende Besserung unter galvanischer Behandlung ein. An einem kinematographischen Bilde wurden zum Schlusse die Bewegungen des Schulterblattes, welche diesem durch die krampfhafte Aktion des M. serrat. ant. major erteilt worden waren, vorgeführt.

(Selbstbericht.)

---

76) **Katholicky** (Brünn). Demonstration eines seltenen Falles von Lymphangioma cavernosum der oberen Extremität.

Die linke Hand und Finger des 14 Jahre alten kräftigen Pat. sind sehr geschwellt, gedunsen. Die Haut überall sehr gespannt, rotglänzend, sehr dünn und, was besonders auffällt, sehr durchscheinend. An mehreren Stellen, zumal interdigital, auch am Hand-

rücken und in der Hohlhand, ragen über das Hautniveau stecknadelkopf- bis hanfkorngroße gruppierte Cystchen (Lymphcysten) vor. Der Vorderarm ist verkürzt und geschwellt. Die Haut desselben ist allenthalben bis über das Ellbogengelenk hinauf, mit Ausnahme einer schmalen Zone an der Streckseite, von schmutzig rotbrauner Farbe und runzlig. Bei der Untersuchung mit den Fingern fühlen sich Hand und Finger sehr weich und eigentümlich polsterartig an, und man kann leicht und ohne den geringsten Widerstand zu fühlen den Finger tief eindrücken. Läßt der Druck nach, so füllt sich die Grube sofort wieder aus, und man hat das Gefühl, einen mit Flüssigkeit gefüllten Sack (Gummihandschuh) unter dem Finger zu haben. Man kann jeden Finger und selbst die Hand durch langsame Kompression ihres Inhaltes befreien und die Flüssigkeit bis gegen das Ellbogengelenk hinauf so verdrängen, daß zwischen den komprimierenden Fingern nur der leere Sack — die dünne Haut — zurückbleibt, durch welche hindurch Reste der Phalangen und der Mittelhandknochen als kleine, dünne Knochenstückchen deutlich zu fühlen sind. Der Vorderarm fühlt sich besonders in seiner unteren Hälfte weich und teigig an, und es ist bis zum Ellbogengelenk hinauf eine Art von Schwappung vorhanden. Radius und Ulna kann man deutlich durchtasten, Radialpuls deutlich zu fühlen. An vorgezeigten Skiagrammen sieht man eine ganz merkwürdige Zerstörung der Knochen. Die Phalangen sämtlicher Finger, alle Mittelhand- und Karpalknochen sind nur in minimalen Resten, und zwar in den Epiphysen vorhanden, während die Diaphysen stellenweise ganz fehlen. Weiter ist Schwund des Radius und namentlich der Ulna vorhanden. Die Handgelenksepiphysen sind erhalten, aber losgelöst. Die Ulna, in der Mitte quer gebrochen, ist im unteren Drittel fast ganz defekt, das Capitulum radii luxiert, am Olecranon und an der Trochlea deutliche Arrosionen.

Der Kranke kann die Extremität, der das Knochengerüst fehlt, nur mit der anderen Hand gestützt oder auf einer Schiene lagernd in einer Mittella tragen. Angewiesen, die Hand zu erheben, beugt er im Ellbogengelenk, wobei die Handgelenksgegend erhoben, die Hand aber als schlaffer Klumpen in die Höhe gezerrt wird.

Läßt der Kranke die Hand frei herabhängen, so wird diese viel voluminöser, praller gefüllt und die Haut dunkelrot, erhebt er die Hand, so treten wieder die normalen Verhältnisse ein. Das Leiden verursacht ihm gar keinen Schmerz — nur beim tiefen Eindrücken der Hand äußert er solchen.

Dieses Lymphangiom, zweifelsohne angeboren, wurde erst 1899 wahrgenommen, und der Kranke suchte erst 1900 Hilfe. Damals schon war das Lymphangiom bereits in den Weichteilen der Hand und des Vorderarmes und zumeist im Daumen vorhanden, dessen Knochen, wie auf zwei Skiagrammen sehr deutlich zu sehen ist, hochgradig usuriert und, wie heute, nur in Resten vorhanden waren. An den nachbarlichen Mittelhandknochen sieht man beginnende

Usur. Auch die durch Lymphstauung bedingte Rötung des Vorderarmes war damals schon vorhanden. Seit 1900 bis Ende 1902, wo Pat. nach zweijähriger Pause sich wieder vorstellte, ist das Leiden lokal bedeutend fortgeschritten und hat gewiß auch durch Arrosion eine ganz merkwürdige Verheerung an den Knochen angerichtet.

Über den sehr seltenen Fall, namentlich über das Verhalten des Lymphangioms zu den Knochen, wird die pathologisch-anatomische Untersuchung, die nach Amputation der Extremität vorgenommen werden soll, nähere Aufschlüsse geben. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Payr (Graz) hat bei einem Hämangiom des Gesichts Magnesiumpfeile mit großem Erfolg angewendet. Dieselben ermöglichen durch zahlreiche Thrombosen die Exstirpierbarkeit. P. verfügt über 8—9 solcher Fälle.

v. Bramann (Halle) beobachtete einen ähnlichen Fall, wie Katholicky. Im Anschluß an häufige Erysipele waren elephantiasisähnliche Veränderungen entstanden. Bei Elevation der Extremität wurde sie schlank; Punktionen entleerten 1—1½ Liter Flüssigkeit. Injektionen mit Jodoform-Glyzerin u. dgl. waren erfolglos, dagegen zeigten solche mit 1%iger Karbollösung überraschenden Erfolg. B. injizierte nur wenige Gramme. Nach Ablauf eines viertel Jahres war ein guterErfolg vorhanden. Es handelte sich in diesem Falle um eine Lymphstauung infolge der Erysipele.

v. Beck (Karlsruhe) sah bei einem 5jährigen Kinde ein Lymphangiom des Vorder- und Oberarms, das im Anschluß an eine Enteritis mit Colibazillen infiziert wurde und sich gangränös abstieß. Es trat Heilung ein. Jaffé (Hamburg).

---

77) **Riese** (Britz-Berlin). Demonstration eines Falles von blutiger Reposition einer veralteten Luxatio radii nach vorn.

Vortr. hat, angeregt durch Bunge's Mitteilungen auf dem Kongreß im Jahre 1899 über blutige Reposition von veralteten Ellbogengelenksluxationen, dieselbe Operation bei der in der Überschrift bezeichneten Luxation ausgeführt.

Die Verletzung war im vorgestellten Falle gleichzeitig mit einer Fraktur der Ulna entstanden. Bei der Operation mußte das verknöcherte Lig. annulare radii, die Enden des zerissenen und stark verdickten Lig. later. ext. fortgenommen, das obere Ende des Radius und das Humerusende in der lateralen Hälfte seiner Zirkumferenz skelettiert werden, da die Weichteile durch neugebildete sehr derbe Bindegewebszüge außerordentlich rigide waren.

Trotz der hier also vorhandenen schwierigen Verhältnisse ist das Resultat ein relativ gutes, wie Vorstellung des Pat. und die Röntgenphotographien zeigen. Nur die Pronation ist ein wenig be-

hindert. Bei voller Supination besteht eine geringe Subluxation nach außen. Die Operation war vor 4 Monaten ausgeführt worden.

Vortr. empfiehlt daher die blutige Reposition als Operationsmethode auch bei isolierter Luxation des Radiusköpfchens der Berücksichtigung. (Selbstbericht.)

78) **Riedel** (Jena). Über Gelenkkapselenchondrome.

22jähriges Mädchen hat vor 5 Jahren nach Ringen von Wäsche ganz akut Schwellung des linken Handgelenks bekommen (Ulnarseite). Diese Schwellung blieb; man entfernte 3 Jahre später in Hersfeld zahlreiche lose im Gelenk sitzende Enchondrome. Alsbald trat Rezidiv ein, so daß Pat. im Juni 1900 abermals operiert werden mußte. Die ulnare Seite des Handgelenks enthielt eine große Anzahl teils freier, teils fest an der Kapsel sitzender Enchondrome. Der Proc. styloid. ulnae fehlte, sonst keinerlei Spuren von Arthritis deformans nachweisbar. Trotz ausgiebiger Exstirpation der Gelenkkapsel trat alsbald wieder Rezidiv ein. Es handelt sich schwerlich um Neubildung im engeren Sinne mit Tendenz zum Wachstum der Enchondrome in infinitum. Der ganze Vorgang ist wohl als spezifische Gewebsleistung aufzufassen, in Parallele stehend mit der Bildung von Exostosen nach Periostverletzung (infolge von Schlag oder von Zerrung des Periosts durch Muskelaktion). (Selbstbericht.)

79) L. **Luksch** (Graz). Über eine neue Methode der Daumenplastik.

Ein Arbeiter hatte durch eine Verletzung und die darauffolgende Eiterung den Daumen der linken Hand bis auf einen $^1/_2$ cm langen Rest der Grundphalange und gleichzeitig auch das Endglied des Zeigefingers verloren, während das Interphalangealgelenk des Zeigefingers versteift war. Den unbrauchbaren Zeigefinger transplantierte der Vortr. auf den Rest des Daumens und erzielte einen zur Arbeit brauchbaren Daumen. Die Transplantation wurde mit Bildung einer volaren Ernährungsbrücke ausgeführt, Knochen, Beuge- und Strecksehne in der ersten Sitzung durch Nähte vereinigt. Nach 3 Wochen wurde die Ernährungsbrücke durchtrennt, es blieb der transplantierte Finger vollständig erhalten.

Demonstrationen der Bilder der Hand und der Skiagramme. (Selbstbericht.)

80) W. **Müller** (Rostock). Zur funktionellen Anpassung mit Knochenplastik.

Vortr. hat im vergangenen Jahre in einer Arbeit von Timann (Bruns' Beiträge), welche die Erfahrungen des Vortr. über Behandlung der Spina ventosa mittels freier Autoplastik aus der Ulna ent-

hält, die durchaus auch funktionell guten Resultate des Verfahrens beschreiben lassen. Er ist in der Lage, an einem $2^1/_2$ Jahre nach der Operation gewonnenen Präparat — einem Fingerdurchschnitt — nicht nur die gute Einheilung des Ersatzstückes, sondern auch die merkwürdige Umwandlung desselben, so daß einigermaßen die Form des Fingerknochens wieder hergestellt erscheint, zu zeigen. Was aber besonders beachtenswert ist, das implantierte Knochenstück hat sich innig mit dem seinerzeit erhaltenen Epiphysenknorpel verbunden, die ersetzte Phalanx ist mitgewachsen und zeigt kaum eine Differenz gegenüber den anderen Phalangen. (Selbstbericht.)

---

81) **Goldmann** (Freiburg). Über die unblutige Behandlung irreponibler und veralteter Luxationen der Hüfte.

Die zahlreichen gelungenen blutigen Repositionen von irreponiblen und veralteten Hüftgelenksluxationen haben die unblutige Heilmethode ganz in den Hintergrund gedrängt. An der Hand von drei einschlägigen Beobachtungen, bei denen es sich um 7 bis 11 Wochen alte Hüftgelenksluxationen handelte (Luxatio obturatoria, perinealis und Luxatio iliaca) erörtert der Vortr. eine Behandlungsmethode, die er mit Erfolg angewandt hat.

Nachdem durch eine skiagraphische Aufnahme die besondere Art der Luxation festgestellt und durch Extension, Teno- event. Myotomie stärkere Verkürzungen und Kontrakturstellungen verbessert sind, wird mit den üblichen Repositionsmethoden in Narkose ohne Anwendung von Apparaten die Einrenkung versucht. Ist dieselbe in keiner Weise zu erreichen, so wird eine Transposition der Luxation hergestellt zum Zwecke der Mobilisierung des Schenkelkopfes. Beim Mißlingen der Einrichtung wird dem Kopfe die bestmögliche Stellung zum Becken gegeben und das Gelenk in dieser Stellung mehrere Wochen durch einen Gipsverband fixiert. Wie andere Autoren, so hat auch der Vortr. eine »spontane Reposition« während der Fixation des Gelenks in einem Falle beobachtet. Bleibt sie aus, so wird ein abermaliger Repositionsversuch in Narkose vorgenommen, der nunmehr wohl gelingen kann, da durch die Fixation in günstiger Stellung eine Anpassung der Weichteile an die physiologische Gelenkkonfiguration angebahnt ist.

Nach abermaligem Mißlingen der Einrichtung wird eine Nearthrosenbildung angestrebt, wobei unter Zugrundelegung unserer zahlreichen Erfahrungen an irreponiblen, traumatischen und kongenitalen Verrenkungen die Nearthrosenbildung in vorderer Luxationsstellung bevorzugt wird. Bei geeigneter Nachbehandlung gibt eine solche Nearthrose erstaunlich günstige Resultate, die sich wohl vergleichen lassen mit denjenigen, die durch die weit gefährlichere blutige Einrenkungsmethode in vielen Fällen erzielt worden sind.

Um die anatomischen Verhältnisse näher kennen zu lernen, die die Transposition einer Luxation begleitet, hat der [illegible] eine An-

zahl von Leichenexperimenten unternommen, die folgendes Resultat ergaben:

Ist der Kapselriß parallel zur Verlaufsrichtung der Kapselfasern angelegt, so gelingt die Transposition leicht unter ausgiebiger Zerreißung der Kapsel und einiger Verstärkungsbänder derselben, (Lig. ischio- und pubo-femoralia!).

Damit ist die große Mobilität erklärt, die das Glied nach der Transposition erhält. Die leichte Zerreißbarkeit der Kapsel tritt nicht ein, wenn der Kapselriß senkrecht zur Faserung der Kapsel verläuft; tritt auch nicht bei jugendlichen Individuen bezw. Kindern ein. Hier wird die Kapselzerreißung erschwert durch die größere Elastizität der Kapsel und durch die Kürze und Steilheit des Schenkelkopfes.

Der Vortr. hält die beschriebene Behandlungsmethode für angezeigt

1) da, wo eine unblutige Behandlung aus anderweitigen Gründen absolut kontraindiziert ist,

2) bei Fehlen stärkerer parartikulärer Veränderungen (Knochenneubildung),

3) bei verhältnismäßig frischen Luxationen mit wenig veränderter Hüftgelenkspfanne.

Sie dürfte ganz besonders sich auch empfehlen für jene pathologische Luxationsform, die als »Distensionsluxation« bezeichnet wird.

Eine ausführliche Publikation wird in den Beiträgen von Bruns erfolgen. (Selbstbericht.)

---

82) **Immelmann** (Berlin). Über verschiedene Erkrankungen des Hüftgelenks und ihre Diagnose mittels Röntgenstrahlen im Kindesalter.

Redner hebt besonders die Coxa vara hervor und tritt der Ansicht entgegen, nach der dieselbe fast immer durch eine Fractura colli femoris bedingt sei. Er behauptet, daß vielmehr die Rachitis die Ursache der Schenkelhalsverbiegung sei, und daß die Linie, die für die Frakturlinie gehalten wird, nichts weiter als die etwas verschobene Epiphysenlinie sei. Folgt Demonstration. (Selbstbericht.)

---

83) **Bender** (Leipzig). Schiene zur Behandlung von Schenkelhalsfrakturen.

B. demonstriert eine Schiene zur Behandlung von Schenkelhalsfrakturen, welche nach den Angaben von Prof. Kölliker-Leipzig konstruiert ist. Der Apparat stellt eine Vereinfachung des komplizierten und kostspieligen Hessing'schen Schienenhülsenapparates dar. Die Schiene, welche länger wie das Bein sein muß, wird in Abduktion angelegt, die Extension geschieht gegen eine stählerne Sohle. Die Pat. können mit dieser Schiene das Bett verlassen und

aufrecht sitzen, längeres Liegen wie bei Extensionsbehandlung wird also vermieden. Der Apparat kann auch als Gehschiene benutzt werden. (Selbstbericht.)

---

84) **Borchard** (Posen). Zur Resektion der Oberschenkeldiaphyse bei malignen Tumoren. (Krankendemonstration).

Vortr. stellt eine Pat. vor, die, seit mehreren Jahren an einer allmählich zunehmenden Anschwellung des rechten Oberschenkels leidend, $^{1}/_{2}$ Jahr vor der Aufnahme eine Spontanfraktur in der Geschwulst erlitten hatte. Beim Bloßlegen des Tumors erwies sich derselbe überall von einer oft allerdings bis papierdünnen Schale umgeben und gegen die Umgebung vollkommen abgekapselt. Es wurde die Resektion im Gesunden vorgenommen und dadurch 26 cm aus der Kontinuität des Oberschenkels entfernt (ca. 4—6 cm unterhalb des Trochanters). Der außerordentlich atrophische, mit sehr fetthaltigem Mark gefüllte Knochen wurde mit Silberdraht vereinigt. Wenn auch die Wundheilung ohne Besonderheiten verlief, so begann die knöcherne Vereinigung doch erst nach 4 Monaten und war nach $5^{1}/_{2}$ Monaten vollendet. Nach 7 Monaten konnte Pat. gehen. Jetzt, $1^{1}/_{2}$ Jahr nach der Operation, geht die Pat. mit einem Stocke sehr gut; sie trägt natürlich einen Schuh mit erhöhter Sohle. Die anfangs viel zu langen Muskeln haben sich funktionell vollkommen angepaßt, so daß die Kranke das Bein völlig strecken und beugen kann. Das Resultat ist also ein nahezu normal funktionierendes, nur verkürztes Bein.

Der Fall zeigt ferner, daß man die Kontinuitätsresektion in ziemlicher Ausdehnung vornehmen kann. Einfacher wäre die Exkochleation gewesen, die ja auch in einzelnen Fällen zur völligen Heilung geführt hat. Dieselbe war aber wegen der Spontanfraktur nicht angängig. Als einen Fall von Dauerheilung durch Resektion möchte Vortr. es noch nicht auffassen, da die Beobachtungszeit eine zu kurze ist; jedoch berechtigt der vorherige klinische Verlauf, sowie das makroskopische Verhalten der Geschwulst sehr zu der Annahme einer Dauerheilung, und nur auf Grund dieser Annahme wurde die Resektion für erlaubt gehalten. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Goldmann (Freiburg) hat 3 Fälle von malignen Tumoren der Tibia, darunter zwei periostalen und einen myelogenen Ursprungs, konservativ behandelt. In zwei Fällen mußte er die Kontinuitätsresektion machen und hat die Kontinuität des Knochens in einem Fall wieder hergestellt durch Implantation der Fibula in den zentralen Tibiastumpf und durch Naht der Tibia nach entsprechender Resektion der Fibula im zweiten Falle.

Im dritten Falle hat G. die nach partieller Resektion der Tibia resultierende Knochenhöhle durch einen der Umgebung entnommenen Hautlappen geschlossen.

In allen drei Fällen ist das funktionelle Resultat ausgezeichnet. In den zwei Fällen, in denen die Kontinuitätsresektion gemacht worden ist, liegt die Operation fast 3 Jahre zurück, und es ist kein Rezidiv eingetreten.

Redn. demonstriert die betreffenden Skiagramme und macht ganz besonders auf die sehr starke funktionelle Hypertrophie der Fibula aufmerksam, die in dem Falle eingetreten ist, in dem er die Kontinuität durch Implantation der Fibula hergestellt habe. Die Fibula ist jetzt fast so dick wie die Tibia der gesunden Seite.

(Selbstbericht.)

Körte (Berlin) zeigt das Präparat von Kontinuitätsresektion des Femur (21 cm) wegen periostalen Spindelzellensarkoms. Der Pat. ist jetzt $3^1/_2$ Jahre nach der Operation gesund.

Derselbe zeigt ein weiteres Präparat von Kontinuitätsresektion des Femur wegen Osteosarkoms, wo wegen Verdachts auf Rezidiv 3 Monate später exartikuliert wurde. Pat. ist jetzt $1^1/_2$ Jahre gesund.

(Selbstbericht.)

---

85) **A. Schanz** (Dresden). Zur Behandlung veralteter Kniescheibenbrüche. Mit Krankenvorstellung.

Vortr. zeigt einen Fall, bei dem er mit Erfolg versucht habe, die Frage der Behandlung veralteter Kniescheibenbrüche von einer neuen Seite her anzugreifen.

Der vorgestellte Pat. hat vor 5 Jahren einen Querbruch der rechten Kniescheibe erlitten. Der Bruch kam nicht zu knöcherner Verheilung. Die Diastase betrug, als Pat. im Februar d. J. in die Behandlung des Vortr. kam, 12—13 cm. Der Kniestreckapparat war vollständig ausgeschaltet.

Die Wiederherstellung der verlorenen Streckfähigkeit gelang vollständig durch eine Verlagerung des Sartorius.

Die Operation war folgende: Hautschnitt vom Ansatzpunkt des Sartorius medial am Knie vorbei bis zur Mitte des Oberschenkels. Der Sartorius wird freipräpariert, bleibt aber an seinem Ansatzpunkt haften. Ablösung der Haut bis jenseits der Bruchstücke der Patella. Zwischen diesen ein dünner fibröser Kallus, welcher das Gelenk geschlossen hält. Von den Bruchstücken der Patella wird der vordere Teil abgemeißelt und dabei flache Längsrinnen gebildet. In diese wird der Sartorius verlagert und mit Drahtnähten fixiert. Schluß der Wunde durch Naht. Gipsverband.

Resultat: Heilung der Wunde reaktionslos. Vor Ablauf der 3. Woche steht Pat. auf. Der Sartorius funktioniert sehr bald. In der 6. Woche ist Pat. schon imstande, jede Treppe auf und ab im Laufschritt zu nehmen. Jetzt aktive Beuge- und Streckfähigkeit des Knies in normalen Grenzen. Demonstration des Pat.

(Selbstbericht.)

---

86) **W. Müller** (Rostock). Zur Frage der Osteochondritis dissecans.

M. zeigt das im Operationskursus gewonnene Präparat eines Kniegelenks, welches ein Frühstadium jenes eigentümlichen Vorgangs darstellt, welcher König zur Bezeichnung »Osteochondritis dissecans« Veranlassung gab. Das Präparat stammt von einem 46jährigen Korrigenden, der, wie die nachträgliche Anamnese ergab, monatelang vor dem Tode (tuberkulöse Pleuritis) in Anstaltsbeobachtung war und der angeblich nie auch nur einen Tag lang über sein Kniegelenk geklagt hatte. Im Condyl. medial. femoris befindet sich ein länglich runder Abschnitt, ein Knorpel-Knochensegment darstellend, in beweglicher Verbindung mit der Umgebung, an der Randzone kleine Knorpelwucherungen sowohl am beweglichen Körper wie an dem ihn umgebenden Knorpelrand. Keine Arthritis deformans im Gelenk. Da etwas blutiger Hydrops, kleine Ekchymosen, ferner am Rande des beweglichen Körpers eine feine Fissur sich fanden, so kann man für diesen Fall wohl nur ein Trauma als Veranlassung anerkennen. Die nähere Beschreibung des Präparates soll in einer Arbeit von Dr. Körner demnächst erfolgen.

(Selbstbericht.)

---

87) **C. Lauenstein** (Hamburg). Eigentümlicher Befund von Verlagerung abgerissener Muskelstümpfe bei komplizierter Fraktur des Unterschenkels.

Bei einem Decksmann wurde eine Fraktur beider Unterschenkelknochen an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel dadurch bewirkt, daß eine »Trosse«, die sich einmal um das Bein geschlungen hatte, dieses gegen die »Klüse« (Loch in der Bordwand) zog. Bei der Einlieferung in das Hafenkrankenhaus fand sich 1½-handbreit über dem Fußgelenk eine Schnürfurche, innerhalb deren nur Haut und gebrochener Knochen lag, so daß die Amputation nötig war. An dem Fuße lag beiderseits in der Knöchelgegend eine abnorme Schwellung, die zunächst als Bluterguß imponierte. Nach dem Aufschneiden zeigte sich jedoch, daß die Schwellung bedingt war durch nach abwärts umgestülpte, oben abgerissene Muskelbäuche innen von Tibialis posticus, Flexor hallucis longus und Flexor digitorum communis, außen Peroneus. Innen war ein ca. 2—3 cm breites Band der Fascia cruris 8 cm über dem inneren Knöchel erhalten, das mit Haut und Knochen fest zusammenhing und unter dem die mit ihrer Rißfläche nach abwärts dislozierten Muskeln hindurch geschoben oder geschlüpft sein mußten. Ebenso bestand an der äußeren Seite, 5½ cm über dem äußeren Knöchel, ein gleichfalls 2½ cm breites zirkuläres Fascienband, während die Fascia cruris zwischen diesen erhaltenen Bändern und der Knöchelgegend nicht erhalten war.

Die Entstehung dieser eigentümlichen Verlagerung der Muskelstümpfe ist entweder durch Herabschieben durch die Trosse zu er-

klären oder durch Abreißen und Herabschnellen. Ein Analogon existiert in der Literatur nicht. (Selbstbericht.)

---

88) **P. Reichel** (Chemnitz). Zur Behandlung schwerer Formen von Pseudarthrose. Ein Beitrag zur Behandlung der sog. intra-uterinen Frakturen des Unterschenkels.

Bei drei Fällen von Pseudarthrose infolge sog. intra-uteriner Fraktur des Unterschenkels, die Vortr. in den letzten fünf Jahren zu behandeln hatte, versagten alle bisher bekannten Behandlungsmethoden. Die bindegewebige Zwischenmasse zwischen den Bruchstücken wurde exzidiert, die Bruchenden angefrischt und durch Naht vereinigt; das eine Bruchende wurde ausgehöhlt, das zugespitzte andere in die Hohlkehle eingefügt; beide Bruchstücke wurden einige Zentimeter weit längs gespalten und in den Spalt eine dem anderen Schienbein entnommene 7 cm lange Knochenspange eingeklemmt; eine aus dem Tibiakopf der gleichen Seite ausgemeißelte Periostknochenplatte wurde brückenförmig über beide Bruchstücke hinweggelagert; das Resultat war stets das gleiche: es kam zu keiner festen knöchernen Konsolidation, die implantierten Knochenspangen verfielen trotz ganz aseptischer Wundheilung der Resorption, Kallusbildung blieb an der Bruchstelle vollständig aus.

Im ersten Falle, bei einem zur Zeit der Aufnahme neun-, jetzt 13jährigen Knaben, besteht noch heute ausgeprägte abnorme Beweglichkeit. — Im zweiten Falle, bei einem damals acht-, jetzt 12jährigen Mädchen, wurde schließlich nach mehrfachen Operationen und mehrjähriger Nachbehandlung eine leidliche Festigkeit erzielt, so daß sich abnorme Beweglichkeit heute nicht mehr mit Sicherheit nachweisen läßt; doch hat sich ein Teil der alten Dislokation wieder hergestellt und läßt eine gewisse Schmerzhaftigkeit an der Bruchstelle bei Prüfung auf abnorme Beweglichkeit argwöhnen, daß knöcherne Konsolidation auch jetzt noch nicht eingetreten ist.

In seinem dritten Falle schritt Vortr. daher, nachdem der zweimalige Versuch, durch Einpflanzung einer der anderen Tibia entnommenen Knochenspange in die längsgespaltenen Bruchstücke die Pseudarthrose zur Heilung zu bringen, fehlgeschlagen war, zur Transplantation eines gestielten Hautperiostknochenlappens des linken Schienbeines in den Defekt der rechten Tibia. Vorher fügte er ein 4 cm langes Elfenbeinstäbchen zwischen Periost und Knochen der Bruchstücke der Fibula, das falsche Gelenk überbrückend, ein. Der überpflanzte Hautperiostknochenlappen wurde sorgfältig durch Periost- und Hautnähte auf den Bruchstücken der Tibia fixiert und durch einen beide Beine umfassenden Gipsverband unverrückt in seiner neuen Lage erhalten. Nach drei Wochen wurde der Hautstiel beim ersten Verbandwechsel durchtrennt: der Lappen war aseptisch eingeheilt. Das bei der ersten Operation drei Jahre, jetzt sechs Jahre

alte Mädchen läuft jetzt, ein Jahr nach dieser letzten Operation, ohne jede Stütze schnell und sicher — nur infolge Verkürzung des kranken Beinchens leicht hinkend — umher. Die Pseudarthrose ist in guter Stellung der Bruchstücke zur Heilung gekommen. Die Röntgenphotographie zeigt, daß der überpflanzte Knochen knöchern mit beiden Bruchstücken verwachsen ist, daß von dem mit überpflanzten Periost aus eine Knochenneubildung stattgefunden hat, daß hingegen an der Bruchstelle der Fibula um das implantierte Elfenbeinstäbchen herum nicht eine Spur knöchernen Kallus sich gebildet hat.

Vortr. glaubt, das von ihm erfolgreich angewandte Verfahren, eine Modifikation der italienischen Plastik, die Überpflanzung eines gestielten Hautperiostknochenlappens eines entfernten Körperteiles in einen Knochendefekt oder zur brückenförmigen Deckung einer Pseudarthrose für solche Fälle empfehlen zu dürfen, in denen die bisher üblichen einfacheren Behandlungsmethoden der Pseudarthrose im Stiche ließen und in denen auch die Müller'sche Osteoplastik, die Überpflanzung eines Hautperiostknochenlappens aus der unmittelbaren Nachbarschaft des Defektes, aus irgend welchen Gründen nicht anwendbar ist. In seinem Falle — und das Gleiche dürfte vielleicht für sämtliche Fälle intra-uteriner Frakturen des Unterschenkels Geltung haben — ließ die große Grazilität des atrophischen, gebrochenen Knochens die Müller'sche Plastik ungeeignet erscheinen.

Zur Behandlung von Pseudarthrosen des Oberschenkels hält Vortr. seine Methode technisch kaum für ausführbar, wohl aber für solche aller anderen Extremitätenknochen. Zur Entnahme des Hautperiostknochenlappens bringt er für Pseudarthrosen oder Knochendefekte des einen Unterschenkels die andere Tibia, für solche eines der beiden Vorderarmknochen die Tibia der gleichen Seite und für solche des Oberarmes die Rippen in Vorschlag. (Selbstbericht.)

---

89) **v. Oettingen** (Berlin). Zur Verbandtechnik der Klumpfüße Neugeborener.

Redner bespricht die Mechanik des angeborenen Klumpfußes, speziell die Lage der vier Achsen, um welche die pathologische Drehung zustande kommt. Auf die Innenrotation muß mehr als bisher geachtet werden. Da diese im Kniegelenk zu suchen ist, eine Rotation im Kniegelenk aber nur in Flexionsstellung ausgeführt werden kann, verlangt Redner, daß alle kongenitalen Klumpfüße, zum Teil auch die der Erwachsenen, bei rechtwinklig gebeugtem Knie redressiert und fixiert werden.

Der Klumpfuß des Neugeborenen muß am ersten Konsultationstage in definitive Behandlung genommen werden. Nach vollständiger Redression soll er so fixiert werden, daß von dem durch das Redressement gewonnenen nichts verloren geht. Zu diesem Zweck be-

streicht Redner das Fußchen mit der Heusner-Fink'schen Klebemasse und wickelt sofort eine auf der Innenseite haarige Köperbinde um die Extremität. In besonderen Achtertouren, welche demonstriert werden, wird der Fuß redressiert an den im Knie gebeugten Oberschenkel fixiert. Gips, Apparate, Tenotomie usw. kommen in Wegfall, die Resultate sind äußerst zufriedenstellend, die Methode gefahrlos, bequem und sauber. (Selbstbericht.)

---

90) **Samter** (Königsberg). Demonstration eines Pat. mit Exarticulatio pedis mittels des Zirkelschnittes.

Im vorigen Jahre berichtete S. über die Erfahrungen, die er mit der Exarticulatio pedis mit dem Zirkelschnitt gemacht habe und die sich nunmehr auf zehn Fälle[1] beziehen. Bei traumatischer Gangrän, sowie bei umfangreicheren Verletzungen und Erkrankungen des Fußes, bei welchen die Pirogoff'sche oder Syme'sche Operation nicht mehr möglich ist, bietet die in Frage stehende Operation den Vorzug des längeren (gleichfalls tragfähigen) Stumpfes. Dieser Vorteil ist jedoch nicht so schwerwiegend, daß S. auf den Gegenstand noch einmal zurückkommen würde, wenn nicht die Bedeutung dieser Operation für die arteriosklerotische Gangrän eine sehr viel größere wäre. S. hat den Wert dieser Operation im vorigen Jahre dadurch objektiv zu führen sich bemüht, daß er seinen Fällen, welche 22 Fälle von arteriosklerotischer Gangrän sind, 40 aus der Jenenser Klinik gegenüberstellte, und wählte das Material dieser Klinik deswegen, weil in dieser Klinik die hohen Absetzungen des Oberschenkels in überwiegendem Maße bevorzugt werden. Was die speziellen Zahlen anbetrifft, so waren bei den Jenenser Fällen die einfachen Fälle von arteriosklerotischer Gangrän mit 47,8% Mortalität notiert. Demgegenüber stehen bei S. die einfachen Fälle von arteriosklerotischer Gangrän mit nur 8,3%, und wenn man zu diesen Fällen noch 2 nicht operierte, tödlich verlaufene Fälle hinzurechnet, so kommt man dabei auf eine Mortalität von 21,4%. Bei der diabetischen Gangrän war die Mortalitätsziffer in Jena 78%, bei S. 25%, und wenn man 2 nicht mehr operierte, tödlich verlaufene Fälle von Diabetes hinzurechnet, 50%. Die Zahl seiner Diabetesfälle ist nicht groß genug, um einen Vergleich vollberechtigt durchführen zu können, aber die Differenz zwischen den beiden Beobachtungsreihen, soweit sie sich auf die einfache arteriosklerotische Gangrän bezieht, ist doch so groß, daß sie nur darauf zurückgeführt werden kann, daß in den Jenenser Fällen die hohen Absetzungen vorwiegen, bei seinen Fällen die tiefen Absetzungen; und da bei ihm die Exarticulatio pedis mil dem Zirkelschnitt vorwiegt, so liegt darin ein objektiver Beweis dafür, was diese Exartikulationsmethode leistet. Diese Leistungsfähigkeit ist nicht wunderbar, wenn man berück-

---

[1] Zwei Fälle sind im letzten Jahre hinzugekommen.

sichtigt, daß die Operation in kürzester Zeit ausführbar ist, ohne die Konstriktion des Gliedes nötig zu machen, daß sie außerdem eine minimale Weichteilbedeckung verlangt. Daß diese kleine Weichteilmanschette aber gut ernährt ist, kann man daraus ersehen, daß die Stümpfe in seinen Fällen sämtlich belastet werden konnten.

S. hebt bei dieser Gelegenheit hervor, wie bereits im vorigen Jahre, daß es nicht unter allen Umständen erstrebenswert ist, einen Mann, den man wegen arteriosklrotischer Gangrän amputiert, mit einem leistungsfähigen Stumpfe zu versehen, da es oft genügen dürfte, wenn diese Kranken durchkommen und heil werden. Aber immerhin ist der Beweis durch die Tragfähigkeit der Stümpfe dafür erbracht, daß dieselben sehr gut ernährt sind, und diese gute Ernährung ist ja auch begreiflich, wenn man an die anatomischen Verhältnisse denkt, an die reichlichen, arteriellen Gefäßnetze, welche den Weichteilen der Knöchelgegend angehören. Der Fall, den S. vorstellt, hat seine Gangrän schon mit 49 Jahren erfahren. Die anderen Fälle sind beträchtlich älter, bis in die siebziger Jahre hinein; auch diese haben ihren Stumpf belastet. Der vorgestellte Kranke belastet seinen Stumpf seit $1^3/_4$ Jahren, wie dies die Schwielenbildung in wirkungsvoller Weise zeigt. Die Exarticulatio pedis mit dem Zirkelschnitt, auf deren Technik S. nicht eingeht, ist mit Unrecht seit 50 Jahren aus den Lehrbüchern verschwunden und spielt bei der Behandlung der arteriosklerotischen Gangrän eine ganz besonders wichtige Rolle. (Selbstbericht.)

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 37. Sonnabend, den 12. September. 1903.

I.

Zur Modifikation der Maydl'schen Operation bei angeborener Blasenektopie.

Von

Prof. **J. Borelius**, Lund in Schweden.

In Nr. 33 d. Blattes hat Herr Dr. P. A. Müller in Dresden eine Abänderung meines in Nr. 29 angegebenen Operationsverfahrens bei Blasenektopie vorgeschlagen, und zwar in dem Sinne, daß er statt meiner einfachen Anastomose an der Wurzel der Flexur als Voroperation der Maydl'schen Operation eine unilaterale Darmausschal-

tung machen will. Für einen jeden, der die moderne Darmoperationstechnik kennt, liegt ja dieser Gedanke sehr nahe, und ich habe natürlicherweise auch diesen Gedanken und Plan gehabt, bin aber davon abgekommen, und zwar aus zweierlei Gründen: erstens weil die Darmausschaltung als Voroperation ein größerer und technisch mehr komplizierter Eingriff ist als eine laterale Anastomose, zweitens weil ich den Verdacht hatte, daß möglicherweise rückläufige Fäces in dem ausgeschaltenen Darmstück stagnieren könnte, was natürlich sehr fatal wäre. Ob die vorgeschlagene hohe Fixierung des ausgeschaltenen Darmteils an der vorderen Bauchwand genügt, um dieser letzterwähnten Gefahr vorzubeugen und übrigens zweckmäßig wäre, kann wohl in Frage gestellt werden, läßt sich jedenfalls am Schreibtisch nicht entscheiden. Die Maydl'sche Operation an und für sich ist doch ein ziemlich großer Eingriff; deswegen möchte ich zuraten, sich als Voroperation derselben mit meiner lateralen Anastomose an der Wurzel der Flexur zu begnügen, welche viel einfacher und ungefährlicher ist als die Darmausschaltung.

Wenn man einmal einen Fall antrifft, wo wegen der Form der Flexur eine laterale Anastomose an der Wurzel derselben nicht auszuführen ist, wie es in einem von den in Nr. 29 von mir beschriebenen Fällen der Fall war, dann erst wäre man meiner Meinung nach berechtigt, die Darmausschaltung zu versuchen.

II.

Über die Technik der Radikaloperation des Schenkelbruchs.

Von

P. Herzen,

Chirurg am Alt-Katharinen-Spital in Moskau.

Trotz zahlreicher Bemühungen vieler Chirurgen sind wir noch weit vom Ideal der Radikaloperation des Schenkelbruchs entfernt. Allen bisher veröffentlichten Methoden (Kocher, Bassini, Berger, Salzer, Prokounin, Delagénière, Trendelenburg, Fabricius, Ruggi-Parlavecchio) haften gewisse Nachteile an. Der Hauptmangel besteht darin, daß es fast unmöglich ist, das Poupart'sche Band an das Periost des Schambeins zu befestigen, weil es nicht gelingt, mit der gekrümmten Nadel das Periost über der Konvexität des Schambeins in gehöriger Strecke zu fassen. Um der Naht die nötige Festigkeit zu verleihen, nimmt man mit der Nadel auch die Fascia pectinea mit. Dadurch wird aber das Lig. Pouparti sehr an den Schenkel herangezogen, was ein unliebsames weites Klaffen des äußeren Leistenrings verursacht. Außerdem bleibt bei solcher Methode der Schenkelkanal ungeschlossen. Die Naht schließt nur den äußeren Schenkelring, der innere bleibt offen. Nun hat aber der Verschluß

des Eingangs in den Schenkelkanal besondere Wichtigkeit. Dieser Mangel wird auch nicht durch das Anheften von Muskel- oder Fascien-Lappen an das Lig. Pouparti beseitigt.

Roux wendet ein eigenartiges Verfahren an, welches sich dem Ideal nähert. Er befestigt das Lig. Pouparti an das Schambein mit einem bügelartigen Nagel. Dadurch wird der ganze Schenkelkanal verschlossen und das Lig. Pouparti bekommt eine neue gute Spannung, ohne jegliche Nebenverletzungen. Jedoch bei starker Spannung des Bandes oder bei sekundären Veränderungen des Knochens um den Fremdkörper herum kann der Nagel mobil werden und seine Leistungsfähigkeit verlieren.

Eine Arbeit Cavazzani's (Gazetta degli ospedali e delle cliniche 1903 Nr. 53 — das Original dieser im Zentralblatt f. Chir. 1903 Nr. 29 referierten Arbeit konnte ich nicht bekommen) veranlaßt mich, eine ähnliche Methode zu veröffentlichen.

Cavazzani hat sich an der Leiche überzeugt, daß es möglich ist, mit gekrümmter Cooper'scher Nadel einen Faden hinter dem Lig. Pouparti und Ramus horiz. ossis pubis durch das For. obturat. bis zum Triangulum Scarpae zu führen. Es ist klar, daß, wenn mit diesem Faden das Band selbst gefaßt und nun der Faden festgezogen wird, das Band nach unten und hinten gezogen wird und den Schenkelkanal schließt.

Meinerseits habe ich nach Studium an der Leiche und am Lebenden folgende Methode ausgeführt. Schnitt durch Haut und Bindegewebe und Lösung des Bruchsacks wie gewöhnlich. Um den Bruchsackhals wird eine Ligatur gelegt, der Sack amputiert und der Stumpf versenkt. Jetzt wird die Vena femoralis etwas gelöst und seitwärts gezogen, das Lig. Pouparti nach oben gezogen. So wird der ganze Schenkelkanal breit eröffnet. Mit dem Messer wird nun auf der oberen Fläche des Schambeins ein Periostlappen von der Breite des Schenkelkanals und von 1—1½ cm Länge (mit der Basis am Muscul. pectin.) umschnitten, mit einem Raspatorium vom Knochen abgehoben und nach unten geschlagen.

Nun werden mit einem Drillbohrer 2—4 feine Kanäle durch das Schambein gebohrt. Man muß das Instrument sehr gesenkt halten (der Griff berührt event. den Schenkel), damit der Bohrer bei der oberen und hinteren Kante des Os pubis, dort wo der Knochen vom Periost entblößt ist, herauskommt. Ein in den Schenkelkanal eingeführter Finger schützt die Weichteile vor Verletzungen. Die beiden Enden eines Bronze-Aluminium-Drahts werden durch das Lig. Pouparti gezogen und durch die vorhandenen Knochenkanäle von hinten nach vorn geführt. (Waren 4 Kanäle gebohrt, so wird mit einem zweiten Draht dasselbe wiederholt.) Beide Enden des Drahts (resp. der beiden Drähte) werden nun angezogen und zusammengedreht. Dabei wird das Lig. Pouparti in innige Verbindung mit dem vom Periost entblößten Teil des Schambeins gebracht. Nun wird der Periostlappen mit zwei Nähten über dem Lig. Pouparti angenäht,

zum Schluß einige Ligaturen und Nähte. Bei solcher Methode wird der Schenkelkanal gänzlich verschlossen. Statt seiner und dank dem Periostlappen hat das Lig. Pouparti eine neue starke Anheftung bekommen. Eine Lockerung der Teile scheint demnach ausgeschlossen.

Diese Methode habe ich bei einem 40jährigen Kranken angewandt, welcher an chronischer Lungentuberkulose litt und links einen Leisten-, rechts einen Schenkelbruch hatte. Beide Brüche existierten einige Jahre und hatten sich allmählich gebildet. Beim Pressen erreichte die linke Leistenhernie die Größe eines Gänseeies, die rechte Schenkelhernie die einer Walnuß. In der linken Lungenspitze Symptome alter sklerosierender Tuberkulose. Bei der Operation, 14. Dezember 1902 (unter Chloroformnarkose), wurden links zwei Bruchsäcke gefunden, welche einer Hernia obliqua und directa entstammten und einander aufgelagert waren. Dabei lag der Sack des inneren unter dem Sack des äußeren Leistenbruchs. Beide Säcke wurden amputiert und dann mit zwei Etagennähten Muskeln und Fascie an das Lig. Pouparti genäht. Die Haut wurde fest vernäht. Rechts wurde die beschriebene Methode angewandt, welche sich als leicht ausführbar erwies. Die Spannung des Lig. Pouparti wurde stark sogar nach dem Anlegen eines beschriebenen Drahts und eines Drahts durch Lig. Pouparti, Lig. Gimbernati und Periost. Die Weichteile wurden mit einigen Seidenfäden vernäht und die Haut ebenso fest geschlossen.

Nach der Operation flackerte der Lungenprozeß auf, der Husten wurde anhaltend und sehr stark; im reichlich vorhandenen Sputum wurden viele Koch'sche Bazillen nachgewiesen. Erst 13 Tage später war der Prozeß wieder beruhigt dank therapeutischer Maßnahmen.

8 Tage nach der Operation wurden die Nähte abgenommen. Links prima. Rechts hatte sich ein mittelgroßes Hämatom gebildet, so daß die Hautränder etwas auseinander gegangen waren; in die kleine Fistel wurde ein Tampon eingeführt. 7. Januar 1903 kamen aus der Fistel zwei Seidennähte heraus. Am 24. Januar war alles geheilt und die Wunde ohne Verband gelassen.

Der Kranke blieb des Lungenleidens wegen noch bis zum 4. März 1903 im Spital und wurde in gutem Zustand entlassen. Trotz des sehr starken Hustens nach der Operation hielten die Drähte ausgezeichnet. Bei der Entlassung war das Lig. Pouparti am Schambein fest fixiert.

---

1) C. Engelbreth. Die Abortivbehandlung der Gonorrhöe. Eine neue Methode.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXVI. Nr. 10.)

Verf. hat seine Methode nur in den ersten 1—3 Tagen der Gonorrhöe verwendet, und zwar in 30 Fällen; 17 davon wurden in 2 Tagen geheilt, und zwar fast ausschließlich solche, in denen das Orificium urethrae nicht entzündet war, also nach der Ansicht E.'s die Gonokokken vermutlich nur in den Epithelien lokalisiert waren. Die Fälle mit langer Inkubationszeit schienen bessere Resultate zu geben, als die mit kurzer. Die Methode besteht in Ausspülungen der Urethra anterior mit Argentum nitricum; und zwar wird im Durchschnitt $^1/_4$%ige Lösung benutzt; Temperatur 36° C, Druckhöhe 75, am Ende der Ausspülung 125 cm; Menge 5—600 g. Es werden im Ganzen mindestens vier Ausspülungen gemacht, die erste bei der ersten Konsultation, dann nach 6—12, und weiter mit Pausen von 10—12 Stunden; zur »Nachkur« $1^1/_2$ g »Atherol. santali« täg-



lich. Zur Linderung der Schmerzen wird 3%ige Kokainlösung (2—3 g 5 Minuten) eingespritzt. Die Methode ist jedenfalls der Nachprüfung wert.

Jadassohn (Bern).

2) **R. O. Kevin.** The local treatment of acute and chronic gonorrhoea.

(New York med. record 1903. Juni 6.)

Auch K. verwendet das bereits mehrfach empfohlene, »Argyrol« genannte Silber-Vitellin, welches 30% Silber enthält und selbst in 20%iger Lösung wenig reizen soll.

In den ersten 48 Stunden nach der Infektion wird die Abortivbehandlung versucht. — Nach einer Warmwasserauswaschung der vorderen Harnröhre alle 3 Stunden Tag und Nacht 2—3 Tage lang, $7^1/_2$ ccm Injektion von einer 20%igen Lösung, 10 Minuten Dauer. In älteren Fällen 1—5%ige Injektion 3—4mal täglich »je nach den Mitteln des Pat.« —

Auch die hintere Harnröhre und die Blase können in entsprechenden Fällen mit 15—20 g 10—20%iger Lösung behandelt werden und das Medikament in der Blase verbleiben. Auch 20%ige Salben dienen zur Behandlung.

Ebenso werden die verschiedenen Formen der Gonorrhöe bei Frauen mit diesem Mittel behandelt. Die einzelnen Maßnahmen sollen natürlich nach Art und Sitz der Erkrankung in üblicher Weise modifiziert werden.

Loewenhardt (Breslau).

3) **A. H. Ohmann-Dumesnil.** A case of prenatal syphilis.

(St. Louis med. and surg. journ. 1902. Nr. 3.)

Bei der Unterscheidung der Arten der Syphilis in »hereditary« und »congenital« will Verf. das Wort »hereditary« ersetzt wissen durch den Ausdruck »prenatal«. Derselbe lege klar dar, daß die Infektion vor der Geburt eingetreten sei und nicht, wie in vielen Fällen, in der Geburt durch Infektion durch Geschwüre des Introitus oder der Vulva. Ganz besonders betont Verf. den Unterschied zwischen der Infektion durch den Samen des Vaters oder durch die Genitalien der Mutter. Hierzu gibt er unter Mitteilung eines Falles noch besondere Erläuterungen. Das Nähere muß im Original nachgelesen werden.

Grosse (Kassel).

4) **R. Matzenauer.** Muskelsyphilis im Frühstadium.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXV. Nr. 10 u. 11.)

Auf Grund von 13 Fällen, von denen 9 der Frühperiode angehören, gibt M. eine kritische Besprechung der Muskelsyphilis besonders der Frühperiode. Durch klinische Betrachtung und histologische Untersuchung kommt er zu der Überzeugung, daß die diffuse und die gummöse Form nicht scharf voneinander zu trennen sind. Die erstere gehört speziell zur Frühperiode; sie führt nur bei längerer Dauer zu einer Muskelcirrhose; doch auch nekrotisierende

und erweichende Knoten kommen schon in der Sekundärperiode, und zwar nicht bloß bei maligner Lues vor. Die Erkrankung betrifft am häufigsten den Biceps, in zweiter Linie den Gastrocnemius, dann den Triceps usw. **Jadassohn** (Bern).

---

5) **Ravant.** Étude cytologique du liquide céphalo rachidien chez les syphilitiques.

(Annal. de dermatol. et de syphil. 1903. p. 1.)

Verf. hat bei zahlreichen Untersuchungen der Cerebrospinalflüssigkeit Syphilitischer gefunden, daß die Vermehrung der zelligen Elemente mehr oder weniger beträchtlich ist entsprechend der klinisch nachweisbaren Ausbreitung des Krankheitsprozesses. Zur Untersuchung kamen die meisten Formen der zerebralen Lues, die syphilitischen Myelitiden, Tabes und progressive Paralyse. Dieser Befund konnte auch erhoben werden, bevor die klinischen Symptome zum Ausbruch kamen. **Klingmüller** (Breslau).

---

6) **Doutt.** The open air treatment of syphilis.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Januar 29.)

Ebenso wie der Einfluß der Freiluftbehandlung bei Tuberkulose für die Heilung gut ist, ist er es bei Behandlung der Syphilis. Verf. hat die Beobachtung gemacht, daß kräftige Individuen, die viel in freier Luft sich aufhalten und genügende Körperbewegung haben, viel weniger schwer von Syphilis ergriffen werden als solche, bei denen dies nicht zutrifft und die schlecht genährt sind. In Davos beobachtete er ferner, daß ein sehr großer Teil der dort in Behandlung befindlichen Schwindsüchtigen früher syphilitisch war; er schreibt der Syphilis geradezu einen wichtigen Einfluß auf die Häufigkeit der Phthise zu; denn nach seinen und anderen Beobachtungen soll diese vorbereitende Tätigkeit der Syphilis bei 30—50% der Sanatoriumskranken vorliegen. Er fordert nun geradezu eine ausreichende (wenigstens 6 Monate!) Freiluftbehandlung der sekundär Syphilitischen, um sie vor der später eintretenden Lungentuberkulose zu schützen. Am geeignetsten dazu soll Hochlandsklima mit großer Trockenheit und sehr reiner Luft sein; besonders lobt er das alpine Klima wegen seiner stark stoffwechselbefördernden Eigenschaften. Quecksilber gibt er aber stets, wenn auch in geringen Dosen. **Trapp** (Bückeburg).

---

7) **Leredde.** Über eine Verbesserung in der Behandlung der schweren Formen der Syphilis.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXV. Nr. 5.)

Verf. geht von dem selbstverständlich richtigen Satze aus, daß »die heilende Wirkung der Hg-Einspritzungen von der Menge des in den Körper eingeführten Quecksilbers abhängt.« Er findet nun, daß schon manche Haut- und Schleimhauterscheinungen auf die gewöhnlichen Dosen nicht zurückgehen; er hält die Schmierkur im

allgemeinen für unzureichend, schwerere Erscheinungen zu bekämpfen und tritt sehr energisch für größere Dosen von Hg in Einspritzungen ein. Er will von Sublimat täglich 0,02—0,04, von Kalomel 2mal wöchentlich 0,07—0,1 injizieren in allen Fällen, in denen die gewöhnlichen Mengen nicht ausreichen, sofort aber, wenn es sich um lebenswichtige oder um Nervenkrankheiten handelt. Er ist der Überzeugung, daß Tabes und Paralyse nur darum nicht geheilt, d. h. zum Stillstand gebracht werden, weil wir zu spät und mit zu kleinen Hg-Mengen gegen sie vorgehen. (Manches von den Ausführungen L.'s ist sehr beherzigenswert; er vergißt nur, daß in Deutschland sehr vielfach z. B. zwei Einspritzungen von Hg-Salicylat à 0,1 wöchentlich gemacht werden — eine Dosis die nur sehr wenig kleiner ist als 2mal 0,07 Kalomel. Ref.) **Jadassohn** (Bern).

---

8) **M. Friedländer.** Das Sublamin in der Syphilistherapie.

(Deutsche Ärzte-Zeitung 1903. Nr. 4.)

Die gegenüber der Injunktionskur wissenschaftlich unanfechtbare Injektionsbehandlung der Syphilis hat gewisse Unzuträglichkeiten im Gefolge. Das Sublimat macht infolge der starken Koagulation des Eiweißes derbe Infiltrate und heftige Schmerzen. Die übrigen löslichen Quecksilberverbindungen haben entweder geringeren Hg-Gehalt oder geringere Löslichkeit. Die unlöslichen Salze führen zu den bekannten Unzukömmlichkeiten.

Das Quecksilbersulfat-Äthylendiamin, Sublamin genannt, vereinigt mit großem Quecksilbergehalt und leichter Löslichkeit die Eigenschaft, Eiweißlösungen nicht zu koagulieren. Die klinischen Wirkungen sind daher genau wie jene des Sublimats, jedoch ohne dessen unangenehme lokale Nachwirkungen.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

9) **Brocq.** L'eczéma considéré comme une réaction cutanée. L'eczéma suivant les ages.

(Annal. de dermatol. et de syphil. 1903. p. 176.)

Der bekannte französische Dermatologe gibt' in diesem Artikel seine interessanten Ansichten über die Ätiologie des Ekzems wieder. Die augenblicklich geltenden Theorien, namentlich die parasitäre, scheinen ihm zu wenig gestützt. Er greift auf die Anschauungen seiner Lehrer Vidal und Bernier zurück und faßt das Ekzem auf als den Ausdruck einer Konstitutionsanomalie. Es gibt kein Ekzem, sondern nur Ekzematöse. Die Therapie des Ekzems bestände also darin, diese Anomalien aufzufinden. Wenn diese beseitigt würden, so heile auch das Ekzem. **Klingmüller** (Breslau).

---

10) **V. Klingmüller.** Zur Pathologie und Pathogenese der Lepra maculo-anaesthetica.

(Bibliotheca internationalis 1902. Vol. III. Fasc. 2 u. 3.)

K. veröffentlicht in der vorliegenden Arbeit die Ergebnisse, die er bei der Untersuchung des Lepramaterials der Breslauer dermatologischen Universitätsklinik gewonnen hat, und weist an der Hand dieser Resultate darauf hin, daß man auch auf Grund histologischer Tatsachen berechtigt sei, die klinische Einteilung der Lepra in eine maculo-anästhetische und in eine tuberöse Form trotz der verschiedensten Übergangsformen in vollem Umfange aufrecht zu erhalten. Von der reinen maculo-anästhetischen Lepra wurden bogenförmige Erytheme des Rumpfes, oberflächlich vernarbte Herde, anscheinend gesunde, durch akute Ekzemeruptionen veränderte Haut und schwartige, alten Psoriasisplaques ähnliche Stellen untersucht und zum Vergleiche mit diesen ähnliche Erscheinungen bei gemischter und tuberöser Lepra herangezogen. Für die reine maculo-anästhetische Form ergab sich dabei folgendes: Die Ursache aller Veränderungen ist der Leprabazillus, den K. fast in allen, selbst in den kleinsten Herden, teils intra-, teils extrazellulär gefunden hat. Derselbe gelangt offenbar auf embolischem Wege durch den Blutstrom an Ort und Stelle und verursacht zunächst Veränderungen der Gefäßwände. Von der Wand der dilatierten Gefäße entwickeln sich durch Proliferation der Wandzellen kleine Herde, welche den Charakter einer Spindel, deren längste Achse vom Gefäß gebildet wird, annehmen. Die neugebildeten Zellen tragen teilweise noch ganz und gar die Merkmale von Bindegewebszellen oder sie sind bereits größer als diese; im letzteren Falle ist der Kern nicht mehr so deutlich färbbar, und die Zelle selbst hat — unter Erhaltung der Spindelform — ein leicht geblähtes Aussehen. Häufig gesellt sich dazu noch eine intrazelluläre Anhäufung von Pigment. Die Mitte jedes Herdes bildet eine Gefäßlichtung, welche solange durchgängig bleibt, als nicht sekundäre Veränderungen (Entzündung, Trauma) hinzutreten. Bezüglich der Nerven bezeichnet es K. geradezu als charakteristisch für die maculo-anästhetische Form, daß zunächst hauptsächlich oder fast nur die sensiblen Nerven in ihren peripheren Abschnitten erkranken, während die größeren Nervenstämme zum großen Teil frei bleiben oder nur in geringerem Grade sklerosiert sind.

Die tuberöse Lepra weist im ersten Beginn eine große Ähnlichkeit mit der maculo-anästhetischen Form auf, was offenbar darauf beruht, daß das Primäre in der embolischen Verschleppung der Bazillen zu suchen ist. Aber bereits in den frühesten Stadien der tuberösen Form ist im Gegensatz zu der maculo-anästhetischen Form der Gehalt an Bazillen so reichlich, daß schon darin ein wesentlicher Unterschied besteht. Die Bazillen wandern bei dieser Form in die perivaskulären Lymphräume, und unter ihrem Einflusse entwickelt sich eine typische Granulationsgeschwulst, welche sich, ohne Binde-

gewebe und glatte Muskulatur zu schonen, zu massigen Geschwülsten vergrößert. Dadurch verliert der von den Blutgefäßen ausgehende Prozeß mehr und mehr das Aussehen einer einfachen Gefäßschädigung. Ein grundlegender, auf histologischer Basis fußender Unterschied zwischen beiden Formen der Lepra besteht darin, daß die Leprome unabhängig von der Ausbreitung der Lepride selbständig weiter wuchern.

Die Arbeit enthält noch eine große Zahl interessanter und beachtenswerter Ausführungen, bezüglich deren auf das Original verwiesen werden muß. Eine Tafel mit sechs photographischen Reproduktionen der mikroskopischen Befunde ist zur Erläuterung des Textes beigefügt.

C. Deutschländer (Hamburg).

---

11) **Escomel.** Anatomie pathologique du verrucome de Carrion.

(Annal. de dermatol. et de syphil. 1902. p. 961.)

Verf. gibt eine genaue Beschreibung der Verruga Peruviana mit 14 Tafeln in Chromolithographie. Die ausführliche histologische Schilderung muß im Original nachgelesen werden. Als Erreger der Krankheit wird ein lang gestreckter, dünner Bazillus beschrieben.

Klingmüller (Breslau).

---

12) **M. Pelagatti.** Die Hautsarkomatose.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXV. Nr. 6.)

Auf Grund von 7 Fällen, die in das weite und noch sehr unklare Gebiet der Hautsarkomatose gehören, versucht der Verf. das hier vorhandene Material zu ordnen. Er unterscheidet mit den meisten Autoren die eigentlichen Sarkome und die Sarkoide; unter den ersteren macht er drei Gruppen: 1) primäres multiples Sarkom (Akrosarkom Kaposi und multiples malignes Sarkom); 2) solitäres Sarkom; 3) multiples sekundäres Sarkom (generalisiertes, von ent-entzündeten Naevis ausgegangenes, von einem primären Sarkom der Haut und von einem primären Sarkom eines anderen Organs). Sehr viel schwieriger als diese, allerdings ebenfalls noch keineswegs fest begründete Gruppierung (speziell die Stellung der Kaposi'schen Form ist sehr unsicher) ist die Auffassung der sog. »Sarkoide«. P. teilt sie ein in die nach dem Typus Boeck, in die mit zahlreichen zerstreuten Knötchen, in die großen Geschwülste und endlich in die durch Fremdkörper verursachten Sarkoide. Die letzteren könnte man ohne weiteres streichen — sie können wohl gelegentlich einem solitären Sarkom ähnlich sehen, aber die Untersuchung ergibt dann doch die Entstehungsgeschichte und gestattet die Diagnose: Fremdkörper-Granulationsgeschwulst. Die drei anderen Formen werden vom Verf. nach dem literarischen und nach dem eigenen Material kurz charakterisiert. Histologisch sind sie von den Sarkomen vollständig zu trennen und teils ganz wie Granulationsgeschwülste gebaut, teils haben sie Beziehungen zur Pseudoleukämie. Ihre Ursache ist unbekannt. (Nur aus klinischen Gründen ist der

Name Sarkoid allenfalls berechtigt; aber er ist so irreführend, daß er besser fallen gelassen würde.) **Jadassohn** (Bern).

13) **Drews.** Zur Behandlung der Psoriasis.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXVI. Nr. 9.)

Verf. empfiehlt besonders für vereinzelte, stark verdickte Psoriasisherde und zur Beseitigung der letzten Reste folgende Salbe: Ac. salic. 10,0, Chrysarobin, Ol. Rusci nov. āā 20,0, Sapon. virid., Vaselin. āā 25,0; zweimal täglich aufzutragen; nach 3—4 Tagen zur Ablösung der schwarzen Schicht mit Pasta zinc. sulfurata dreimal täglich dick zu überstreichen und mit Benzin oder Seife zu reinigen.

Jadassohn (Bern).

14) **M. Cohn.** Einige Bemerkungen zur Behandlung der Furunkulosis.

(Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXXVI. Nr. 4.)

Verf. empfiehlt auf Grund von Erfahrungen am eigenen Körper, die Furunkel in folgender Weise zu behandeln: Jede kleinste auf Furunkel verdächtige Stelle wird zuerst in der Umgebung und dann am Herde selbst eingerieben mit: Ichthargan 5,0—10,0, Aq. destill. 5,0, Glyzerin 10,0, Lanolin 35,0, Vaselin. fl. 40,0; dadurch geht die Entzündung manchmal schon in 24 Stunden zurück; dann schwächere Ichthargansalbe oder ein möglichst kleines Salicylseifenpflaster oder (bei Ekzem) 1%ige Ichthyolpaste. In der Genitalgegend reizt die Ichthargansalbe oft schnell — daher soll man hier mit dem Paquelinbrenner ausbrennen und Ichthyolpaste benutzen. Daneben sind tägliche Bäder, am besten mit Ichthyol (60 g) oder Schwefelbäder (Nenndorf) oder Kreolinbäder (bei der ärmeren Bevölkerung) zu empfehlen. Hefe war ganz erfolglos.

Jadassohn (Bern).

15) **Van Allen.** The cure of cancer by the use of x-ray.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Juni 25.)

Bei der Behandlung Kranker kommen ganz andere Vorschriften für Gebrauch und Art der Röhren in Betracht, als bei dem diagnostischen Gebrauch der Röntgenstrahlen. Verf. gibt allgemeine Vorschriften darüber. Namentlich ist große Vorsicht geboten, daß man dem Kranken und auch sich selbst keinen Schaden durch die schwer heilenden Verbrennungen zufügt. Man selbst soll sich nie länger als unbedingt nötig den Strahlen aussetzen. Die Wirkung der Strahlen erklärt Verf. sich als Verbrennung. Daß pathologische Gewebe schwinden, ohne daß die Haut und die gesunden Teile mit vernichtet werden, kommt von der geringeren Widerstandsfähigkeit z. B. des Krebsgewebes, das ja an sich schon große Neigung zum Zerfall hat. Die Gefühle des Kranken während der Bestrahlung sind meist sehr gering, oder er merkt gar nichts, außer wenn ihn

etwa ein Funke trifft. Dagegen hat Verf. mehrfach beobachtet, daß Kranke, bei denen bösartige Geschwülste unter Röntgenbehandlung schnell schwanden, sich in dieser Zeit sehr schlecht befanden, elend aussahen usw., bis ein gewisser Teil der Geschwulst verschwunden war, worauf dann schnelle Erholung über den früheren Zustand hinaus eintrat. Sogar Fieber hat er dabei auftreten sehen. Er nimmt an, daß diese Zustände Folge der Resorption der zerstörten Geschwulstteile sind. Er führt dann eine Anzahl von geheilten Fällen von Krebs, Lupus erythematodes, pustulöser Ekzeme usw. an.

Trapp (Bückeburg).

---

16) **F. Fränkel.** Einige Grundsätze für die Beurteilung und Behandlung der Kontusionen des Bauches. (Aus der chirurg. Abt. des allg. städt. Krankenhauses zu Nürnberg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 17.)

F. bespricht in dem Vortrage zunächst die Diagnose einfacher Kontusionen des Bauches und solcher mit Organzereißung und hebt die Schwierigkeiten in der Entscheidung, welche dieser Verletzungen vorliegt und ob die Erscheinungen, die eine Organverletzung vermuten lassen, auf intraabdominelle Blutungen oder beginnende Peritonitis zurückzuführen sind, hervor. Nach seinen Erfahrungen weist besonders eine leichte, allmählich ansteigende Temperaturerhöhung fast sicher auf eine innere schwere Verletzung hin, für welche ebenfalls eine bald aufgetretene Kontraktur der Bauchmuskulatur spricht. Eine fortgesetzte, von Stunde zu Stunde sich wiederholende Beobachtung des Verletzten ist dringend notwendig, um die einzelnen Symptome genau würdigen zu können und, wenn die Diagnose zur Annahme einer Organzerreißung mit einiger Sicherheit hinneigt, sofort eine Operation vorzunehmen. Da Opiate das Symptomenbild während der Beobachtungszeit nur verschleiern, warnt F. eindringlich vor ihrer Darreichung; das gleiche gilt auch von der zu reichlichen Gabe von Exzitantien und von Kochsalzinfusionen während dieser Beobachtungszeit, weil leicht durch eine Verbesserung des Pulses nach solchen Mitteln eine Täuschung hervorgerufen, durch die Erhöhung des Blutdruckes eine Blutung gesteigert werden kann.

Kramer (Glogau).

---

17) **O. Lanz.** Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Appendicitis.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

Die mikroskopischen Haupttypen der pathologisch-anatomischen Veränderungen des Wurmfortsatzes herauszuheben und dadurch zur Klärung der Pathogenese der Appendicitis beizutragen ist die Absicht des Verf. 30 genau mikroskopisch untersuchte Fälle dienen den Ausführungen als Grundlage. Unter Hinweis auf zahlreich beigegebene Abbildungen mikroskopischer Schnitte und die ausführlich

wiedergegebenen Krankengeschichten bespricht Verf. die verschiedenen pathologischen Veränderungen am Wurmfortsatz, die Appendicitis catarrhalis, purulenta, follicularis, chronica atrophicans und chronica hypertrophicans, polyposa, obliterans, crouposa, perforativa und schließlich gangraenosa. Für die Ätiologie der Appendicitis zieht Verf. aus den pathologisch-anatomischen Befunden die Folgerung, daß zu prädisponierenden örtlichen Momenten eine Gelegenheitsursache hinzutreten muß. Als solche steht an erster Stelle der Häufigkeit die Teilnahme des Wurmfortsatzes an einer katarrhalischen Affektion des Blinddarmes.

Bezüglich der Behandlung der Appendicitis ist Verf. zu der Überzeugung gekommen, daß die Entfernung des Wurmfortsatzes die einzig vernünftige Therapie sein kann, da jedes Rezidiv eine unendlich viel größere Gefahr in sich birgt, als die Operation.

Blauel (Tübingen).

---

18) **H. Goetjes.** Beiträge zur Frage der Leukocytose bei Perityphlitis. (Aus dem St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 17.)

G.'s Untersuchungsergebnisse, die an 40 Fällen der inneren und chirurgischen Abteilung des genannten Krankenhauses gewonnen wurden, stimmen nur zum Teil mit dem Curschmann'schen überein und lauten folgendermaßen:

Bei einer dauernden hohen Leukocytose (20—30 000) ist allemal bei der Perityphlitis auf einen eitrigen Prozeß zu schließen, wenn nicht sonstige, Leukocytose erregende Komplikationen vorhanden sind. Bei schweren klinischen Erscheinungen ist eine normale oder geringe Leukocytose als ein schlechtes Zeichen aufzufassen. Bei diffuser Peritonitis verliert die Leukocytenzählung ihre Genauigkeit.

Kramer (Glogau).

---

19) **A. J. Wenglowski.** Entwicklung und Bau der Leistengegend. Ihre Beziehung zur Ätiologie der Leistenbrüche.

Diss., Moskau, 1903. 210 S. (Russisch.) Auch in: Arbeiten aus Prof. Djakonow's Klinik, Beilage zur »Chirurgie« 1903. (Russisch.)

Auf Anregung von Prof. Djakonow studierte W. an 65 Embryonen verschiedenen Alters, von 2 mm Länge beginnend, an 97 Leichen und bei 115 Operationen von Leistenbrüchen am Lebender die Frage von der angeborenen Prädisposition zum Leistenbruch. Der Text wird durch 46 Figuren, darunter 42 Photographien eigener Präparate, illustriert. Die entsprechende Literatur wird auf 9 Seiten angeführt. Auf die Einzelheiten der Arbeit kann hier natürlich nicht eingegangen werden; Ref. muß sich mit den Schlußsätzen begnügen. Zuerst wird der Prozeß des Herabsteigens des Hodens geschildert (siehe dieses Blatt Nr. 26, Referat 28). Von der Stelle des Durchtretens des Leitbandes hängt nun die Form der Leistenöffnung ab. Dringt es näher zur Mittellinie, ganz am Rande des

M. rectus durch die Bauchwand, so ist die Öffnung kurz, hoch und dreieckig; liegt letztere mehr lateral vom M. rectus, so ist die Öffnung länger, niedriger — oval. Bei Neugeborenen ist die Öffnung deutlich ausgeprägt und relativ sehr hoch. Bei weiblichen Embryonen bildet sich gar keine Öffnung, es bleibt nur ein Spalt für das runde Band. Bei jungen Männern ist die Aponeurose in der Leistengegend meist schwach entwickelt, da ein Teil vom Hoden mitgezogen wird und die Kremasterfascie bildet; mit zunehmendem Alter wird aber die Aponeurose fester. Bei gesunden Individuen ist die Leistenöffnung meist oval; die Höhe übersteigt gewöhnlich 2 cm nicht. Die dreieckige Form der Öffnung und eine Höhe von mehr als 2,5 cm ist ein angeborenes prädisponierendes Moment zur Bildung des Leistenbruches, während weder der Bau noch die Festigkeit der Aponeurose des M. obl. ext., sowie die Form und Größe der subkutanen Leistenringe eine besondere Rolle spielen. In der bedeutenden Mehrzahl der Fälle von Leistenbruch hat die Leistenöffnung eine pathognomonische dreieckige Form, eine Höhe von 3—4 cm, eine Fläche von 10—12 qcm. Alle Pat. zeigen Hypertrophie des Kremasters (Bekämpfung des entstehenden Bruches durch den Organismus). Die meisten Leistenbrüche sind Herniae obliquae, da der Weg hier weniger befestigt ist und der herabsteigende Druck weniger Widerstand findet. Es müssen also die chirurgischen Behandlungsmethoden des Leistenbruches in Veränderung der Form der Leistenöffnung aus einer dreieckigen in eine ovale und in Verkleinerung ihrer Höhe bestehen. Außerdem muß man bei schrägen Brüchen für Befestigung der Fovea lateralis, bei geraden Brüchen der Fovea media sorgen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

20) J. A. Bodine. The radical cure of inguinal hernia with local anaesthesia.

(New York med. record 1903. Februar 14.)

Die Hauptgefahr bei der Herniotomie »liegt in der allgemeinen Narkose«. B. hat 48 Fälle von Leistenbrüchen in Lokalanästhesie operiert, ohne daß er je mehr als 3 cg Cocain. mur. verbrauchte.

Die Technik der Kokainisierung wird eingehend beschrieben. Für die Haut und die Nervenstämme wird $^1/_4$%ige, für die anderen Gewebsinfiltrationen nur $^1/_{10}$%ige Lösung gebraucht. Wenn möglich werden die drei in Betracht kommenden Nervenzweige (vom Iliohypogastricus, Ilioinguinalis und genito-cruralis) nach der Inzision aufgesucht und mit wenigen Tropfen intraneural anästhesiert.

In 17 Fällen konnten alle drei Nerven freigelegt werden. Am leichtesten (und wichtigsten) ist der Ast des Iliohypogastricus zu finden, welcher von der Crista iliaca einwärts unter der Aponeurose des Obliquus externus verläuft. Er kann auf dem Obliquus internus liegen, gerade am inneren Leistenring, oder kreuzt den Bruchsack am äußeren Ring. Wenn er breit ist, können ein oder beide anderen Nerven fehlen, und man soll sich nicht mit dem Suchen auf-

halten. Der Ilioinguinalis fehlt in manchen Fällen. Gewöhnlich liegt er parallel und unterhalb des Iliohypogastricus, dann aber wieder an der Außenseite und parallel zur Längsachse des Bruches. Der Genito-cruralis ist ebenso unsicher, kommt mit dem Bruch vom inneren Ring heraus und liegt zwischen Samenstrang und Bruchsack. Genauere Studien über den Nervenverlauf stehen noch aus.

Ist nur der Iliohypogastricus gefunden, werden nach Bedürfnis die äußeren empfindlichen Partien infiltriert, also zunächst Infiltration des Hautschnittes, dann der tiefer gelegenen Gewebe. Nach Spaltung und Verschiebung des Obliquus externus kommt der Iliohypogastricus zum Vorschein und wird kokainisiert. Wird der Ilioinguinalis dann nicht gefunden, folgt weitere Infiltration der Bruchdecken und des Bruchhalses. Der Samenstrang soll mit einer geflochtenen Catgutschlinge und nicht mit einem Gazestreifen zurückgezogen werden. Die tiefen Nähte sollen nur die Hälfte der Schichten durchdringen, um Nekrosen zu vermeiden.

Das Operieren im Bauch — Manipulationen, Amputation der Appendix, Exzision von Netz und Behandlung eingeklemmter Darmschlingen — war verhältnismäßig schmerzlos.

Loewenhardt (Breslau).

---

21) **H. Beyea.** The elevation of the stomach in gastroptosis by the surgical plication of the gastrohepatic and gastrophrenic ligaments; an original operation.

(Philadelphia med. journ. 1903. Februar 7.)

Nach einer kurzen Besprechung des Symptomenkomplexes der Glenard'schen Krankheit und der medikamentösen wie mechanischen Therapie derselben gibt Verf. eine Darstellung der chirurgischen Behandlungsmethoden. Sein Verfahren besteht in der Verkürzung der »Aufhängebänder« des Magens, des Lig. gastrophrenicum und des Lig. gastrohepaticum. Der nach unten gesunkene Magen wird hierdurch in seine natürliche Lage gezogen. Die Verkürzung wird erreicht durch Bildung einer queren Falte in den genannten Bauchfellduplikaturen. Zu diesem Zwecke werden parallel drei Reihen von Silkknopfnähten gelegt. Die erste Reihe verläuft von der Kardiagegend quer in der Mitte des Bandapparates nach dem Pylorus zu. Die senkrecht von oben nach unten geführten Fäden sollen etwa 4 cm Gewebe in sich fassen. Durch Knüpfung dieser Fäden würde gewissermaßen das Zentrum der Falte entstehen. Doch werden erst die beiden anderen Nahtreihen gelegt. Die zweite Nahtreihe wird 2,5 cm oberhalb der ersten ein- und ebensoweit unterhalb derselben ausgeführt. Die Einstichpunkte der dritten Reihe liegen dicht unter der Leber, die Ausstichpunkte unmittelbar über den großen Gefäßen der kleinen Kurvatur. Bei der Knüpfung dieser drei Nahtreihen wird das ganze Netz in der Richtung nach oben quer gefaltet. Der Magen wird hierdurch gehoben, und zwar etwas über seine natürliche Lage. Verf. hat nach dieser Methode 5 Fälle mit

bestem Erfolge operiert. Eine Frau hat er seit der Operation 5 Jahre beobachtet. Der Magen ist wie auch bei den übrigen Fällen in der ihm gegebenen Lage geblieben. Die Frau hat 40 Pfund an Gewicht zugenommen.

Vor den Methoden von Duret, Rovsing u. a., hat das Verfahren B.'s das voraus, daß der Magen nicht an der vorderen Bauchwand befestigt wird. So werden die mit dieser unnatürlichen Lage im Zusammenhang stehenden Motilitätsstörungen und Schmerzanfälle vermieden. Prinzipielle Ähnlichkeit besteht mit dem Bier'schen Verfahren. Bier verkürzt ebenfalls das Lig. gastrohepaticum durch Faltenbildung und näht den Pylorus bezw. die kleine Kurvatur an die Leberkapsel.

Läwen (Leipzig).

---

22) **A. Langer** (Mähr. Weißkirchen). Über retrograde Inkarzeration des Darmes.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 16.)

Die von Maydl sog. retrograde Inkarzeration war bislang in den sehr spärlichen Fällen am Processus vermiformis und der Tube beobachtet worden, beides dünne strangförmige Organe, zu denen die Ernährungsgefäße mit ihren Endästen nicht senkrecht zur Längsachse wie beim Darm, sondern schief oder parallel mit derselben hinzutreten.

Demgegenüber betont L., daß die Tube sowohl von den Spermatical- wie auch von den Uteringefäßen mit Blut gespeist wird, es könne daher beim Proc. vermiformis zur Inkarzeration des freiragenden Endteils, bei der Tube nur zur Inkarzeration einer Schlinge kommen.

Maydl bezeichnet ferner als Organe, welche zur retrograden Inkarzeration durch ihre oben erwähnten Eigenschaften geeignet sind, Meckel'sche Divertikel und Netzlappen. Von der retrograden Inkarzeration letzterer sind in der Folgezeit mehrere Fälle veröffentlicht worden.

Die Frage, unter welchen Bedingungen es am Darm zu einer retrograden Inkarzeration kommen könne, wird von Maydl dahin beantwortet, daß als Vorbedingung dafür der Darm in Form eines **W** hervortreten müßte, d. h. daß in einem Bruch zwei Darmschlingen vorgefallen wären, während der dieselben verbindende Darmabschnitt (Zwischenstück von L. benannt) in der Bauchhöhle verblieben wäre. Nun hält Maydl noch zwei Möglichkeiten auseinander, je nachdem das Mesenterium des Zwischenstücks im Bruch vorgefallen (wobei also die Gefäße eine scharfe Krümmung bildeten) oder in der Bauchhöhle verblieben ist. In dem ersteren Falle sind die Bedingungen einer retrograden Inkarzeration gegeben. Bei der zweiten Möglichkeit bestreitet Maydl das Entstehen einer retrograden Inkarzeration, von der Voraussetzung ausgehend, daß die Ernährungsgefäße beim Darm senkrecht zur Längsachse des Organs an dasselbe herantreten.

Diese Voraussetzung deckt sich aber nicht mit den tatsächlichen anatomischen Verhältnissen, wie L. des genaueren unter ausführlicher

Berufung auf die Autorität J. Henle's darlegt, wenigstens nicht beim Dickdarm und dem untersten Ileum, so daß L., im Gegensatz zu Maydl, auch für diese Teile das Entstehen einer retrograden Inkarzeration als möglich hinstellt, auch wenn das Mesenterium des Zwischenstücks nicht im Bruch vorgefallen ist. Daß nun aber auch bei den weiter aufwärts gelegenen Partien des Ileum, bei denen die anatomische Voraussetzung Maydl's betreffs des Gefäßverlaufs zutrifft, es ebenfalls zu einer retrograden Inkarzeration kommen könne ohne Vorfall des Zwischenstücks-Mesenteriums, dafür führt L. als Beweis folgenden von ihm operierten Fall an.

60jähriger Mann; rechtsseitige Skrotalhernie seit 20 Jahren, 17 Stunden vor der Operation eingeklemmt. Äußere Bruchhüllen sehr gespannt. Bei Eröffnung des Bruchsacks fäkulenter Geruch, Abfließen einer kleinen Menge nicht blutigen Bruchwassers. Nach Erweiterung des Schnittes liegt enorm ausgedehntes Coecum und Colon ascendens, ferner der unterste Abschnitt Ileum vor; diese Darmschlinge hat im ganzen eine Länge von 30—40 cm. Außerdem findet sich im Bruch, und zwar nach hinten von der erstgenannten Schlinge, eine solche des Dünndarms vor von 40—45 cm Länge, welche gleichfalls stark gebläht und gespannt erscheint. Beide Darmschlingen blaß graugrünlich mißfarben (anämische Nekrose). Débridement; beim Vorziehen der Darmschenkel fließt reichlich blutiges Serum aus der Bauchhöhle. Es zeigt sich, daß das die beiden Darmschlingen verbindende Zwischenstück, das vollständig vor die Wunde gezogen wird, eine Länge von etwa 1 m hat, gebläht und bläulich schwarzbraun ist. Dagegen sind die beiden anderen Darmschenkel bauchwärts von der Inkarzerationsfurche vollkommen normal.

Das ganze vorliegende Darmkonvolut (nicht viel weniger wie 2 m) wird reseziert. Die hierbei durchgeschnittenen mesenterialen Venen erscheinen thrombosiert. Das Colonende läßt sich nicht soweit vorziehen, daß sich eine Vereinigung der beiden Darmenden exakt extraperitoneal ausführen ließe. Daher Einnähung beider Enden in die Wunde.

24 Stunden nach der Operation Tod. Obduktion weist keine Zeichen von Peritonitis nach; das resezierte Bruchstück war mit blutigem Inhalt erfüllt.

Hübener (Dresden).

---

23) J. Nagano. Zur Frage ausgedehnter Dünndarmresektion.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Verf. hat im Laboratorium des Breslauer physiologischen Instituts Untersuchungen über die bisher noch nicht eingehend erörterte Frage angestellt, ob es gleichgültig sei, an welchem Teile des Dünndarmes die Resektion vorgenommen werde. Auf Grund zahlreicher Tierversuche und unter Berücksichtigung der klinischen Erfahrungen spricht Verf. sich dahin aus, daß Resektionen selbst der Hälfte des Dünndarmes und vielleicht noch darüber im Bereiche des Ileum vorgenommen werden können. Bezüglich der Jejunumresektionen lehrt das Tierexperiment, daß sich nicht so viel wie aus dem Ileum entfernen läßt. Diese Tatsache sucht ihre Erklärung darin, daß bei Resektion im Jejunum mit Schlingen von gleicher Länge die resorbierende Oberfläche mehr verkleinert wird als bei Resektion im Ileum, da eine größere Gewichtsmenge funktionell wichtiger Schleimhaut entfernt wird; ferner darin, daß die Funktion einer gleichen

Menge von Schleimhaut im oberen Teile des Dünndarmes energischer ist als im unteren. Es stellt demnach die Resektion im oberen Dünndarm einen schwereren Eingriff dar als im unteren.

Blauel (Tübingen).

---

24) **V. Czerny.** Zur Behandlung der Fissur und des Vorfalles des Mastdarmes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVII. Hft. 3.)

Verf. empfiehlt bei Fissura ani die Exzision derselben inkl. des geschwürigen Grundes in Lanzett- oder Deltoidform und Vereinigung der Spitze der Schleimhautwunde mit dem gegenüberliegenden Punkte der Hautwunde. Es folgen dann noch 2—4 weitere Nähte zu beiden Seiten der mittleren Naht. In 6 Fällen hat diese Methode gute Dienste geleistet, welche die Fissur mit dem gereizten Grunde gründlich entfernt und mit gesunder Schleimhaut überkleidet.

Einen Mastdarmvorfall mittleren Grades operierte der Verf., indem er die hintere Mastdarmwand durch parasakralen Schnitt freilegte und dieselbe durch eine Art Lembertnaht in fingerhoher Falte von hinten in die Lichtung einstülpte. Durch Catgutnähte wurde sodann noch die hintere Mastdarmwand an die seitlich vom Steißbein liegenden Bänder suspendiert.

Blauel (Tübingen).

---

25) **W. Hutchinson.** Is the gall-bladder as useless as it is dangerous?

(New York med. record 1903. Mai 16.)

H. kommt zu dem Schlusse, daß die Gallenblase ein nahezu funktionsloses Organ ist, zu klein, um als Gallenreservoir irgend einen Wert zu haben, ungeeignet aus mechanischen Gründen und wegen der schwachen Muskulatur irgend einen nennenswerten Einfluß auf die Austreibung der Galle auszuüben.

Daß das Organ mit dem Verdauungsprozeß oder vitalen Funktionen noch irgend etwas zu tun habe, erscheint schon aus entwicklungsgeschichtlichen Gründen ganz ausgeschlossen.

Die Gallenblase fehlt nämlich bei Pferd und Esel, ist aber gut entwickelt bei Kuh und Schaf, obgleich alle genannten Spezies Pflanzenfresser sind. Sie ist vorhanden beim Schwein und wilden europäischen Eber, fehlt beim südamerikanischen Pekari. Bei der Giraffe ist ihr Vorkommen ganz inkonstant. Im allgemeinen ist sie zwar größer und häufiger bei Fleischfressern, doch kann weder bei Säugetieren noch Vögeln eine regelmäßige Beziehung zur Nahrung oder Lebensgewohnheit festgestellt werden. Dem Vorhandensein bei den Raubvögeln steht die Inkonstanz bei Enten und anderen fischfressenden Spezies gegenüber. Während sie bei den Tauben fehlt, ist sie beim Haushuhn und Puter vorhanden, bei Amphibien und Fischen gut entwickelt. Sie stammt aus einer früheren ent-

wicklungsgeschichtlichen Periode und stellt eins der verschiedenen primären Divertikel dar, welches noch nicht gänzlich verschwunden ist.

Vom klinischen Gesichtspunkte verhält sie sich, genau wie der Wurmfortsatz, als eine Quelle beständiger Gefahr wegen Infektion und Steinbildung; sie kann ohne Störung jederzeit entfernt werden. 70% aller Magenulzerationen liegen innerhalb 3—4 Zoll der Pylorusgegend und verdanken vielleicht ihr Entstehen einer infizierten Gallenblase, einer Cholecystitis, welche bei Typhus, Pneumonie, Septhämie und akuten Katarrhen leicht auftritt.

Genauere Untersuchungen ergeben, daß dies sogenannte »Reservoir« höchstens $^1/_{30}$ bis $^1/_{20}$ der 24stündigen Gallenmenge aufnehmen kann, d. h. soviel, wie in 35 Minuten abfließt. Nimmt man nun an, daß die Absonderung bei der Verdauung besonders schnell einhergeht, ist es nicht zu viel gesagt, daß nur 10—15 Minuten für 30 ccm Kapazität in Betracht kommen können.

Von der Eigenschaft als »Druckregulator« kann aus anatomischen Gründen (dünne Muskulatur, Klappenbildung und Krümmung) keine Wirkung erwartet werden. Galle kann in die Blase nur eintreten, wenn die zirkulären Fasern der Vaterschen Ampulle kontrahiert sind.

Der Wert des Organs wird noch zweifelhafter, wenn man erwägt, daß nach neueren Untersuchungen die Galle mehr ein Exkret als ein Sekret ist und ihre Hauptfunktion in der Zerstörung von Toxinen und Ptomainen hat, sowie in der Zerstörung von roten Blutkörperchen in der Leber, wie Croftan nachgewiesen haben soll.

Nimmt man noch die Erfahrungen vom Sektionstisch über die Häufigkeit der Erfahrung hinzu, so wird das Verdikt über die Gallenblase als eine Quelle stetiger Gefahr und eines funktionslosen embryonalen Überbleibsels vollständig. **Loewenhardt** (Breslau).

---

26) **Karszbulin.** Ruptur der Gallenblase durch Sturz von einer Höhe; Etablierung einer Gallenblasen-Bauchwandfistel. Heilung.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 23.)

Die in der Literatur bisher beschriebenen 15 Fälle von Riß der Gallenblase lassen sich in zwei Gruppen bringen, je nach dem Hinzutreten oder Ausbleiben von Bauchfellentzündung. In den letzteren Fällen entwickelt sich rasch das ominöse Bild der Cholämie.

Wie Verf. meint, kommt es wohl auf den Füllungszustand der Gallenblase an; ist sie im Augenblick der Verletzung stark gefüllt, so werden aus dem rückläufigen Erguß zugleich Darmbakterien herausgerissen, welche die Peritonitis erzeugen. Dringt nur wenig Galle in die Bauchhöhle, so wird sie dagegen rasch ins Blut aufgenommen und wirkt noch verhängnisvoller. Deswegen soll bei den Fällen mit Peritonitis, wozu auch sein beschriebener Fall gehört, zunächst Abwarten am Platze sein, event. unter Punktion des Peri-

tonealergusses oder mit späterem operativem Verschluß der Rißstelle, während bei den Fällen ohne Bauchfellreaktion sofortige Operation zur Verhütung der Cholämie angezeigt ist.

Herm. Frank (Berlin).

---

27) **Czerny.** Über Nekrose der Gallenblase. (Mit Bemerkungen über die Operation der Gallensteine.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 22.)

Gallensteine können auf dem Wege der zwischen den von ihnen ulzerierten Gallenwegen und dem freien Bauchfellraum sich bildenden Verwachsungen Wanderungen antreten, in Abszesse der Nabel- oder Blinddarmgegend, unter die Haut oder in den subhepatischen Raum, in die Bursa omentalis, unter das Zwerchfell usw. gelangen oder ohne Eiterung in Verwachsungen zwischen Gallenblase oder Cysticus usw. und Darm oder in dem Netz abgekapselt liegen bleiben. Seltener als diese trockenen und jene eitrigen Entzündungen sind die nekrotisierenden Formen der Entzündung, von denen C. zwei Fälle beobachtet hat. Beidemal war durch die Einklemmung von Cysticus eine Nekrose der Gallenblase hervorgerufen, welche in dem einen bis zur vollständigen Abstoßung der Schleimhaut geführt hatte, während in dem zweiten bloß ein Teil der Gallenblasenwand morsch und nekrotisch wurde. Eitererregende Bakterien spielten dabei, nach dem negativen Ergebnis der Untersuchung zu schließen, keine große Rolle. In beiden Fällen standen im Vordergrund des Krankheitsbildes Erscheinungen von Ileus, nicht von Gallensteinkolik, die C. als larvierte Gallensteinanfälle bezeichnet.

Im Anschluß an den ausführlichen Bericht der betreffenden Krankengeschichten und ihre Epikrise erörtert Verf. kurz die Frage der sog. Rezidive nach Gallensteinoperationen, dadurch veranlaßt, daß er in jenen beiden Fällen, in dem einen bei der Sektion, im anderen bei einem zweiten Eingriff, noch Gallensteinchen gefunden hatte, die bei der Operation übersehen worden waren, und schildert sodann die Technik der von ihm bevorzugten ungefährlichen und in ca. 3 Wochen von Heilung ohne Fistel gefolgten Operation, der einfachen Cholecystostomie mit wasserdichter Drainage und Suspendierung der Gallenblase. Seltener als diese Operation, aber doch immerhin häufiger wie früher exstirpiert C. die Gallenblase, ein Eingriff, der auch teilweise in den oben erwähnten zwei Fällen von Nekrose der Gallenblase zur Anwendung gekommen ist.

Kramer (Glogau).

---

28) **H. Kehr.** Die chirurgische Behandlung des akuten und chronischen Choledochusverschlusses durch Stein und Tumor.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 22.)

Beim akuten Choledochusverschluß, der fast immer durch kleine Steine bedingt ist, ist operative Behandlung meist unnötig. K. hat unter 800 Operationen nur 4mal deshalb operieren müssen; es kommt

in solchen Fällen, in denen der Ikterus nicht schwindet, Fieber, Schüttelfröste, Appetitstörungen usw. auftreten, die Hepaticusdrainage mit Cystostomie oder Cystektomie, bei sehr schwachen Kranken auch wohl bloß die Cystostomie in Betracht. Beim chronischen, meist auf große Steine zurückzuführenden Choledochusverschluß ist dagegen, wenn nicht völlige und dauernde Latenz erzielt wird, operative Behandlung nötig und nicht zu spät anzuwenden, weil sie sonst den erwarteten Nutzen infolge von hinzugetretener Infektion nicht bringen kann; hier verdient die Choledochotomie mit Hepaticusdrainage (3% Mortalität) den Vorzug vor der Choledochotomie mit Naht. — Beim chronischen Verschluß durch Geschwulst des Choledochus oder Pankreas wird meist nur eine Palliativoperation, selten eine Radikalexstirpation möglich sein; bei gutartiger Geschwulstbildung am Pankreas (Pancreatitis chron. interstit.) kann dadurch Heilung erzielt werden. **Kramer** (Glogau).

---

29) **H. Kehr.** In welchen Punkten ich von Riedel's Ansichten über Gallensteinchirurgie abweiche?

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 17.)

Im Gegensatz zu Riedel, der die Steine aus der Gallenblase entfernt wissen will, ehe sie in die tiefen Gänge geraten, also die Frühoperation derselben wünscht, operiert K. jetzt nur bei schwerer akuter und chronischer rezidivierender Cholecystitis, verlangt aber bei Choledochusverschluß durch Stein die Frühoperation mit Hepaticusdrainage und Tamponade unter Verwerfung der von Riedel geübten Naht der Choledochusinzision. **Kramer** (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

30) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Sitzung am 9. März 1903.

Vorsitzender: Herr Rotter.

Herr Sonnenburg stellt ein neugeborenes männliches Kind vor mit Bauch-Blasen-Genitalspalte, Atresia ani und Anus vesicalis mit Prolaps einer Darmschlinge.

Herr Gunkel: Über Totalexstirpation der Scapula.

G. berichtet über zwei von Rotter operierte Fälle; der erste war ein Epithelkrebs in der Spina scapula; einige Wochen nach der Entfernung der Scapula Resektion des Caput humeri im Interesse schnellerer Wundheilung. Heilung; 4 Monate später Exitus an kruppöser Pneumonie; — der zweite war ein großes Enchondrom; Heilung; Vorstellung der Pat. G. wendet sich gegen partielle Resektionen bei malignen Tumoren der Scapula (Buchanan); schon bei den Totalexstirpationen hat man nur 26% Dauerheilungen; G. glaubt aber nicht, daß die Resultate bei Fortnahme auch des Armes besser werden würden. Zur Herstellung besserer Wundverhältnisse kann man mit der Totalexstirpation der Scapula die Resektion des Humeruskopfes verbinden, da die Funktion des Armes dadurch nicht geschädigt wird.

Diskussion: Herr Israel berichtet, daß ein von ihm operierter Pat. sich noch jetzt, 7 Jahre nach der Operation, völlig gesund befindet. Er hat seither noch einen Fall operiert, der dadurch bemerkenswert war, daß er histologisch den Hypernephromen glich, so daß damit die Frage aufgeworfen war, ob es sich nicht um eine metastatische Geschwulst gehandelt habe. Der Pat. bekam nach einem Jahre eine Metastase im Mediastinum anticum und Hämaturie und ging zugrunde. Auch dadurch wird die Annahme gestützt, daß der Scapulatumor ein metastatischer war, ausgehend von einem primären Nierentumor.

Herr Gunkel stellt einen Fall von chronischer Streptokokkenmyositis vor. Den Ausgang bildet eine Stichwunde in der Ellbeuge mit einem Kartoffelschälmesser, an der sich einige Wochen nach der Entstehung eine Entzündung bildete, die vom Arzt operiert wurde. Als dieselbe sich wiederholte, kam die Pat. ins Hedwigs-Krankenhaus. Es bestand in der Ellbeuge eine 7 cm lange Fistel, in der Umgebung entzündliche Infiltration; Spaltung bis in die Muskulatur, die blaß und mißfarben war. Die mikroskopische Untersuchung ergab Streptokokken im Muskelbindegewebe, Infiltration mit Lymphocyten und eosinophilen Zellen. Sobald die Wunde im Zuheilen war, wiederholte sich die Entzündung, zugleich schritt trotz mehrfach wiederholter Spaltungen die Entzündung nach dem Handgelenk fort. Trotz Entfernung des Musc. flex. corp. radialis, palm. lg. und eines Teiles des Flex. digit. sublimis traten immer wieder Rezidive auf. Pat. wurde in solchem Zustand gezeigt.

Herr Rotter: Über Kolonkarzinome.

R. berichtet über 34 von ihm in 9 Jahren operativ behandelte Fälle, 6 des Coecum, 1 des Colon asc., 3 des Angulus d., 8 des Colon transv., 2 des Angulus sin., 14 des S romanum. 25 kamen im Zustand der Kotstauung, 19 im Ileus, 6 in schwerer Darmstenose in Behandlung; davon starben 55% (7 im Kollaps, 4 an Peritonitis, 2 an Darmlähmung, 1 an Pneumonie). Bei fühlbarem Tumor wurde der Schnitt dem Sitze desselben entsprechend angelegt, sonst von einem Medianschnitt operiert. Nach Klärung der Situation wurde dem Darminhalt durch Enterostomie Abfluß verschafft; früher wurden nach Resektion des Tumors die freien Darmenden eingenäht, jedoch mit schlechtem Resultat (von 8 starben 6), weshalb später als geringerer Eingriff zunächst nur die Typhlostomie bei linksseitigem Tumor, ein Anus ilei sin. bei rechtsseitigem Tumor angelegt und sekundär radikal operiert wurde; von 15 Enterostomierten starben 8. Bei inoperablen Fällen wurde die Enteroanastomose angewandt (4, davon 1 Exitus an Pneumonie). 12 Fälle gelangten zur Radikaloperation; 1 im Ileus mit Resektion und Naht operiert starb, bei 7 war vorher eine Enterostomie angelegt, 4 konnten gleich radikal operiert werden. Die Auslösung des Tumors gestaltete sich nach Sitz und Größe des Tumors, nach dem Vorhandensein von Drüsen- und regionären Metastasen, Schrumpfung des Mesenterium mehr oder weniger schwierig; schwierige Verhältnisse lagen in der Hälfte der Fälle vor.

Die Darmvereinigung geschah bei den 12 Fällen mit 13 Resektionen 10mal mittels Naht und 3mal nach Mikulicz mit der Spornquetsche. Von den genähten starben 4, 1 im Kollaps (Resektion im Ileus), 3 an den Folgen der Naht 2mal Randgangrän im Bereich der Naht, 1mal Insuffizienz der Naht am blindgeschlossenen Colon transv.).

Diese Erfahrungen bestimmten R. zur Anwendung des Mikulicz'schen mehrzeitigen Verfahrens; außer der Beseitigung der Gefahr der Randgangrän hat es den Vorteil des aseptischen Verlaufs der Operation und des geringeren Eingriffs. Unbequem sind die mehrfachen Eingriffe, doch kann die Spornquetsche ohne Narkose angelegt werden; der Schluß der Kotfistel macht bei Anwendung eines gestielten Lappens nach R. keine Schwierigkeit. R. hat noch in 3 anderen Fällen das Verfahren mit gutem Erfolg angewandt.

Von den 13 Resektionen starben 4 = 30% Mortalität; auf die 10 einzeitig mit Naht Behandelten kommen die 4 Todesfälle, die mehrzeitig Operierten kamen durch.

Die Dauererfolge sind günstig. Von den 8 Fällen, welche die Operation überstanden, sind 3 an Rezidiv wieder erkrankt; 2 von ihnen hatten bereits bei der Operation Metastasen. 1 Fall seit $2^1/_4$ Jahren, 1 seit $2^1/_2$ Jahren, 2 seit 3 Jahren geheilt.

R. weist darauf hin, daß die Diagnose des Kolonkarzinoms in den Frühstadien zwar schwierig sei, daß aber die Ärzte Fälle, welche das Bild chronischer Darmstenose darbieten, zu lange mit inneren Mitteln behandeln.

Diskussion: Herr Sasse (Paderborn) berichtet über 8 Fälle, von denen 4 mit Anus praetern., 4 mit Resektion behandelt wurden. In den letzteren handelte es sich um ausgedehnte Kolonresektionen wegen Karzinom; er hat stets einseitig operiert und in allen Fällen Heilung erzielt, zum Teil unter besonders schwierigen Verhältnissen.

1) Karzinom der Flex. coli sin. bei 36jähriger Frau; ausgedehnte Resektion, direkte Vereinigung durch Naht etwa der Mitte des Colon transv. mit dem unteren Teil des Colon desc.; die Pat. ist seit 5 Jahren rezidivfrei.

2) Carcinoma ventriculi bei 59jährigem Manne, welches breit auf Colon transv. übergegriffen hat; gleichzeitige Resektion des Magens und des Colon transv. (20 cm); direkte Nahtvereinigung des Magens mit dem Duodenum und des Kolon; Pat. ist seit $2^1/_2$ Jahren rezidivfrei.

3) Karzinom des Coecum bei 58jährigem Manne; Resectio ileo-coecalis; direkte Vereinigung des Ileums mit dem Colon asc. mittels Murphyknopfes. Zunächst Fistelbildung, nach 5 Wochen Schluß der Fistel durch Naht. Heilung seit $^1/_2$ Jahre.

4) Strikturierendes Karzinom der Flex. coli d., ausgedehnte Verwachsungen mit der Bauchwand und der Unterfläche der Leber, hochgradige Kotstauung und enorme Dilatation des Colon asc., Coecum und Ileum. Resektion der Flex. coli d. bis zur Mitte des Colon transv., des Coecum und Colon asc.; direkte Nahtvereinigung des Ileum und Colon transv. Heilung seit $^1/_4$ Jahre.

Herr Sasse (Paderborn): Zur kombinierten abdomino-sakralen, -perinealen, bezw. vaginalen Methode der Exstirpation hochsitzender Mastdarm- und Colon pelvinum-Karzinome.

S. empfiehlt, da sich diese Tumoren auf vaginalem oder sakralem Wege, zumal mit den Lymphdrüsen, nicht radikal entfernen lassen, das kombinierte Verfahren, wobei auch in jedem Stadium die Operation unter Leitung des Auges und Beherrschung aller Komplikationen durchzuführen ist. Er operierte vier Fälle mit einem Todesfall.

1) Bei einem 45jährigen Manne Resectio sacro-abd. des Rektum und Colon pelv. und einer 15 cm langen, verwachsenen und mit dem Rektum kommunizierenden Dünndarmschlinge. Heilung mit Anus sacralis seit $2^1/_2$ Jahren.

2) Bei einer 57jährigen Frau Resectio abd.-vaginalis; direkte Vereinigung des S rom. mit dem unteren Rektum. Heilung, normale Stuhlverhältnisse.

3) Bei einem 73jährigen Manne Resectio abdomino-perinealis. Tod am 11. Tage post op. an einer infolge Brucheinklemmung entstandenen Peritonitis.

4) Bei einer 53jährigen Frau mit zwei Karzinomen Exstirpatio abdomino-vaginalis des ganzen Rektum nebst After sowie des Colon pelv., Befestigung des S rom. an die Analhaut. Heilung mit Anus vaginalis.

Herr Rotter hat die kombinierte Methode viermal (stets bei Männern) angewandt bei hochsitzenden Mastdarmkarzinomen. Bei zwei Fällen war mit der Kraske'schen Resektion des Kreuzbeins begonnen; sie konnten vom dorsalen Wege nicht beendet werden, weil in einem Falle das Karzinom mit einer Dünndarmschlinge verklebt war, im anderen die Drüsen sich nicht radikal entfernen ließen. Bei den anderen zwei Fällen wurde von vornherein mit der Laparotomie begonnen, weil intime Beziehungen des Karzinoms zur Blase bestanden. Die Auslösung des Tumors vom Bauche her machte besonders an der Vorderseite der Blase Schwierigkeiten. Nach Abbindung des Mesokolon wurde das Rektum vorn und hinten bis nahe an die Prostata stumpf abgelöst. Nach provisorischer Tamponade wurde der Bauch geschlossen und die Operation dann dorsal zu Ende geführt; dabei riß in einem Falle der brüchige Tumor ein. Am Schluß Resektion

des Tumors und Herstellung der Kontinuität einmal durch Invagination, und zweimal wurde zunächst ein Anus sacralis angelegt; von letzteren starb der, bei dem der Tumor eingerissen war, der andere wurde geheilt nach sekundärer Darmnaht und Lappenplastik.

Bei Frauen, besonders solchen, welche geboren haben, empfiehlt sich das abdomino-vaginale Verfahren; zur Trennung der Vagina benutzt S. den Paquelin. Bei Männern genügt in vielen Fällen das abdomino-perineale Verfahren mit Exstirpation des Steißbeins; in den Fällen jedoch, wo das Karzinom bis zum Boden des Douglas und noch tiefer herabreicht, wo also auch die seitlichen, zur Beckenwand ziehenden Lymphbahnen infiziert sind, empfiehlt sich auch die Resektion des Os sacrum; ebenso ist die Kreuzbeinresektion nötig bei einem engen und hohen Becken. Der Laparotomieschnitt soll stets median angelegt werden. Die Anlegung eines Anus praetern., zumal eines dauernden, hält S. nicht für nötig; ebenso hält er die präliminare Unterbindung der Arteriae hypogastricae für entbehrlich.

Die Resultate der kombinierten Methode haben sich schon sehr verbessert und sind nicht viel schlechter als die der anderen Methoden, beim weiblichen Geschlecht sogar auffallend günstig; von 35 Operierten sind 20 geheilt, 15 gestorben, also eine Mortalität von 43%; von 13 Frauen sind 12 geheilt, 1 gestorben = 93,3% Heilungen, während von Männern 6 geheilt, 8 gestorben sind = 43% Heilungen. Bei den heute Abend von R. und Sasse mitgeteilten Fällen sind von 8 geheilt 6 und gestorben 2 = 75% Heilungen, darunter waren 6 Männer mit 4 Heilungen und 2 Todesfällen = $66^2/_3$% Heilungen. Danach kann die kombinierte Methode empfohlen werden.

Von den drei Durchgekommenen ist eine an lokalem Rezidiv zugrunde gegangen, bei welchem tiefgehende Verwachsungen mit der Blase bestanden; die beiden anderen sind gesund, der eine seit $3^1/_2$ Jahren.

Bezüglich der Indikationen bemerkt R., daß sie bei Frauen — wegen der Weite des Beckens — weniger Anwendung finden werde als bei Männern. Bei gut beweglichen Tumoren des obersten Rektum und des untersten Colon pelv. wird man die sakrale Methode anwenden; wenn bereits Verklebungen besonders nach der Blase vorhanden sind, oder wenn das Karzinom im oberen Colon pelv. oder im untersten S rom. sitzt, dann ist die kombinierte Methode angezeigt. Es lassen sich bei ihrer Anwendung besonders die Drüsen gründlich entfernen. Ferner gestattet sie bei der Laparotomie besser zu entscheiden, ob der Fall noch operabel ist. Die Mortalität ist nach den Fällen von R. und Sasse heruntergegangen auf 25%. Diese Zahl darf nicht mit der Mortalität der Excisio recti im allgemeinen verglichen werden, da dieselbe verschieden ist, je nachdem es sich um tief- oder hochsitzende Karzinome handelt; erstere haben 12—15%, letztere 28% Mortalität. Die kombinierte Methode muß selbstverständlich mit der Excisio recti bei hochsitzendem Karzinom verglichen werden; dabei ist aber die Differenz keine auffallende. Deshalb glaubt R., daß der kombinierten Methode ein größeres Feld erschlossen werden müsse.

Herr Rotter: Zur Kolopexie bei Prolapsus recti.

Da die bisher übliche Methode der Kolopexie (v. Eiselsberg), bei der eine Verwachsung der Serosa des Darmes mit dem Peritoneum parietale hergestellt wurde, nicht immer von dauerndem Erfolg war, hat R. die Kolopexie so modifiziert, daß er den Darm auf eine von Peritoneum entblößte Wundfläche annähte, um dadurch die Fixation dauerhafter zu machen. Er hat den Gedanken bei zwei Pat. verwirklicht; bei dem ersteren wurde ein 2 cm breiter und 9 cm langer Streifen Darmserosa zwischen die Ränder des linksseitigen hypogastrischen Schnittes gelagert; bei dem zweiten wurde die laterale Seite des Darmes auf eine große, von Peritoneum entblößte Fläche der linken Beckenschaufel aufgenäht.

Die zweite Methode empfiehlt R. mehr, da bei ihr außer der breiten extraperitonealen Verwachsung die Darmschlinge in eine bequeme natürliche Lage kommt und Abknickungen nicht zu fürchten sind. Es wurde am lateralen Schnittrand das Peritoneum von der Beckenschaufel (M. iliacus) drei Finger breit ab-

geschoben. Auf diese von Peritoneum entblößte Stelle wurde am unteren Fußpunkt der Schlinge die laterale Seite des S rom. aufgenäht, und zwar so, daß der dislozierte Peritonealrand mit etwas Beckenbindegewebe an den mesenterialen Rand des Darmes auf eine 7—8 cm lange Strecke genäht wurde, während der kontramesenteriale Rand des Darmes mit dem M. transv. am lateralen Bauchschnittrand vernäht wurde in einer Länge von ca. 7 cm; darüber wurde die Bauchwand durch Etagennaht geschlossen. Die Pat. sind vor 3 Monaten operiert; bei dem ersten wurde noch nachträglich ein Schleimhautprolaps durch Langenbeck-sche Kauterisation beseitigt. **R. Wolff** (Berlin).

31) **M. A. Gershel.** Subcutaneous abscesses due to the gonococcus, in a child two years of age.

(New York med. record 1903. Februar 7.)

Bei einem 2jährigen Kinde mit typhoidem Fieber (positiver Widal-Reaktion) trat 2 Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus eine Gonorrhöe auf, deren Infektionsquelle nicht zu finden war.

Eine Woche später wurde ein subkutaner Abszeß links neben dem Anus beobachtet, 3 Tage später ein eben solcher auf der rechten Seite.

Es gelang der anscheinend einwandsfreie Nachweis von Gonokokken (Gram und Kultur). **Loewenhardt** (Breslau).

32) **Audry et Dalous.** Lésions histologiques de l'epididymite blennorrhagique.

(Ann. de dermat. et de syphiligr. 1903. p. 196.)

Verff. untersuchten Teile eines gonorrhoischen Nebenhodens, welche durch einen diagnostischen Irrtum exstirpiert wurden, mikroskopisch und konnten feststellen, daß es sich dabei um eine phlegmonöse Lymphangitis handelte. Gonokokken fanden sie nicht; es ist aber auch nach ihrer Ansicht kein Zweifel, daß sie die direkte Ursache der Epididymitis sind. **Klingmüller** (Breslau).

33) **C. Berliner.** Zur Differentialdiagnose der Syphilis und syphilisähnlicher Arzneiexantheme.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXV. Nr. 4.)

Verf. beschäftigte sich mit den vielleicht noch immer nicht genügend bekannten syphilisähnlichen Arzneiausschlägen, speziell den blasigen und ulzerösen Antipyrin- resp. Salipyrin- und Migränin-Ex- und Enanthemen an Genitalien und Mund und mit den Jodexanthemen, die zu Verwechslungen mit Syphilis Anlaß geben können. **Jadassohn** (Bern).

34) **J. Heller.** Über gummöse Syphilis der Mamma.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 17.)

Bei der betreffenden 62jährigen Pat., welche auf der Haut usw. zahlreiche Gummigeschwülste darbot, entwickelte sich trotz aller antisyphilitischen Kuren retromammillär ein großes Gumma in den M. pectoral. hinein, das im Zentrum sich verflüssigte und durch einen Schnitt von seinem Inhalt, ca. 1/2 Liter wässrig-gummöser, flockiger Flüssigkeit, befreit wurde.

In einem anderen Falle hatte H. Gelegenheit, ein Stückchen einer wegen Verdacht auf Karzinom amputierten Mamma, die gummös-syphilitisch erkrankt war, histologisch zu untersuchen und dabei das Fortkriechen der syphilitischen Rundzelleninfiltrationen längs der bindegewebigen Septen der einzelnen Fettlappen festzustellen; bemerkenswert war auch der Befund an den elastischen Fasern der Septen, die breit und aufgequollen erschienen.

Im Anschluß an diese Mitteilungen gibt H. einen kurzen Überblick über die wichtigeren Einzelheiten des klinischen Bildes der gummösen Syphilis der Brustdrüse an der Hand der in der Literatur gefundenen 26 Fälle.

Kramer (Glogau).

35) M. Tschlenow. Zur vererbten Immunität gegen Syphilis und über das sogenannte Gesetz von Profeta.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXVI. Nr. 9.)

Das »Gesetz von Profeta« existiert in der Literatur in zwei Fassungen; in der einen, wie sie von Profeta selbst stammt, besagt es nur, daß eine frisch syphilitische Mutter ihr Kind nicht infiziert, selbst wenn sie kontagiöse Erscheinungen hat; in der zweiten Fassung aber, an die Profeta selbst nie gedacht hat, besagt es ganz allgemein, daß nichtsyphilitische Kinder syphilitischer Eltern immun sind. Von der Vererbung der Immunität vom Vater her wissen wir aber gar nichts; ob eine syphilitisch gewesene oder tertiär syphilitische Frau Immunität vererben kann, ist zweifelhaft. T. glaubt es, führt aber selbst zwei Fälle an, in denen ein 5jähriges und ein 2—3 Monate altes Kind einer tertiär syphilitischen, resp. einer syphilitisch gewesenen Frau extragenital angesteckt wurden. Aber selbst die Vererbung der Immunität bei frisch kontagiöser Lues der Mutter wird bestritten — die ganze Frage bedarf vor allem neuen kritisch beobachteten Materials, um weiter geführt zu werden. **Jadassohn** (Bern).

36) G. Cumston. Hepatic syphilis from a surgical stand point.

(Annals of surgery 1903. Nr. 5.)

Verf. erörtert die Frage des chirurgischen Eingriffes bei Lebersyphilis. Zu dieser Erörterung veranlaßte ihn ein Fall, in welchem wegen eines angenommenen Gallenblasen- oder Leberkarzinoms die Probelaparotomie gemacht und statt dessen erweichte Gummiknoten in der Leber gefunden wurden. Nach Inzision der Gummiknoten und Tamponade trat unter Behandlung mit Jodnatrium Heilung ein. Nachdem die Symptome und die Schwierigkeit der Diagnose der Lebersyphilis geschildert sind, kommt C. zu dem Schlusse, daß bei gestellter Diagnose zunächst Jod- und Quecksilberkuren zu verordnen sind. Erst wenn diese Behandlung gänzlich erfolglos ist und sich das Vorhandensein von Gummiknoten diagnostizieren läßt, soll ein chirurgischer Eingriff erwogen werden. Sehr häufig, so z. B. bei diffuser Gummiausbreitung, wird man aber auch nach Eröffnung der Bauchhöhle von weiterem chirurgischen Vorgehen Abstand nehmen müssen.

Herhold (Altona).

37) F. Dittrich. Beitrag zur Lehre von der chirurgischen Syphilis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVII. p. 375.)

D. hat in seiner Landpraxis zu Schönberg relativ häufig Fälle schwerer, chronisch-verschleppter, schlecht diagnostizierbarer Syphilis beobachtet, ein neuer Beweis für die von Esmarch oft gesehene und hervorgehobene Häufigkeit des Leidens in der Provinz Schleswig-Holstein. Er teilt als besonders interessant vier Fälle mit, wo auch innere Organe spezifisch erkrankt waren, die Diagnose jedesmal erst schwer und spät zu stellen war, trotzdem aber bei schließlicher Anwendung der antiluetischen Behandlung Heilung erzielt ist.

Fall I ist als syphilitische Mediastinalgeschwulst diagnostiziert. Die Diagnose stützt sich wesentlich auf starke Phlebektasien im Gebiete der linken Anonyma, zu deren Erklärung eine komprimierende Mediastinalgeschwulst angenommen ist. Zeitweise starkes Fieber mit Reizerscheinungen an der linken Lunge (Dämpfung usw.) — Lungengumma oder pneumonische Affektion?

Fall II: Syphilitische Blasengeschwulst. Pat. litt einen Monat nach der Entbindung an hochgradigstem, schmerzhaftem Harndrang. Mehrmals Abgang von Phosphatsteinchen nebst Blutgerinnseln, einmal eines bindegewebigen Gewebsfetzens. Durch Digitalabtastung wurde in der Blase, nahe dem Scheitel, eine harte, krachmandelgroße Geschwulst festgestellt. Heilung ohne Operation durch spezifische Behandlung.

Fall III und IV betreffen schwere Gelenk- und Knochenaffektionen neben gleichzeitiger bestehender Lungenaffektion. Beide Male imponierten die Affektionen zunächst als Tuberkulosen und hatten bereits zu verstümmelnden Opera-

tionen (Fußresektion, Unterschenkelamputation bezw. Kastration) Anlaß gegeben, bis durch Neuauftreten einer augenscheinlich luetischen Herderkrankung (Iritis und Tibiagumma) die Diagnose und dann auch die Therapie auf die richtige Fährte geleitet wurde. Die Fälle lehren wieder, daß stets an Syphilis gedacht werden muß. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

38) **Trinkler.** Über Syphilis visceralis und deren Manifestationen in Form von chirurgischen Erkrankungen.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

T. gibt zunächst 2 Fälle von Lues der Leber, welche geschwulstförmig den rechten resp. den linken Leberlappen deformiert hatte. Erst die Probelaparotomie sicherte die Diagnose. Man entfernte die Geschwülste nicht; sie gingen auf antiluetische Behandlung etwas zurück.

Es folgen dann 2 Fälle luetischer Appendicitis. In dem einen handelte es sich um erworbene Lues; zu den klinischen Erscheinungen trugen wesentlich Strikturen am Ileumende bei; der gummöse Prozeß hatte den Wurmfortsatz bis zur völligen Schrumpfung und narbigen Degeneration vernichtet. In dem anderen Falle lag hereditäre Lues vor; rasch hintereinander folgten vier charakteristische Anfälle von Appendicitis; am exstirpierten Wurmfortsatz fanden sich kleine ulzerös-gummöse Veränderungen der Mucosa.

Danach bespricht T. die syphilitischen Veränderungen des Magens, ohne eigene Beobachtungen zu bringen. Den Schluß bildet eine Tabelle über die 13 bisher operierten gummösen Lebergeschwülste. **Haeckel** (Stettin).

39) v. **Niessen.** Beitrag zur Knochensyphilis im Röntgenbilde.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 4.)

v. N. impfte Pferde und Schweine mit seinen Syphilisbazillen in Reinkultur; außer sonstigen syphilitischen Erscheinungen, trat Knochensyphilis (Osteomyelitis gummosa usw.) auf, die er im Röntgenbilde darstellen konnte. Der Röntgenbefund wurde durch die Sektion bestätigt. **H. Wagner** (Breslau).

40) **Freudenthal.** Über luetischen Primäraffekt der Nase.

(Neuyorker med. Wochenschrift 1901. Nr. 7.)

Der Fall betrifft einen Kollegen, der wegen trockener Rhinitis mit dem Finger in der Nase zu bohren pflegte; er hatte dies auch nach einer gynäkologischen Untersuchung getan. Der Primäraffekt wurde lange Zeit nicht als solcher erkannt. Zum Glück trat die auf diese ungewöhnliche Weise erworbene Syphilis milde auf. Im Anschluß an die Frage, warum viele Leute fortwährend in und an ihrer Nase zu bohren haben, führt Verf. einen Fall an, bei welchem es durch diese Unsitte schließlich zu einer Perforation der Nasenscheidenwand gekommen war. Dies mußte wenigstens angenommen werden, weil jede andere Ätiologie, wie Lues oder Tuberkulose, ausgeschlossen werden konnte. Der Arbeit ist eine reichhaltige Literatur über extragenitale Syphilisinfektion vorangeschickt.

Tschmarke (Magdeburg).

41) **Labadie-Lagrave et Rollin.** Traitement des gommes syphilitiques par les injections locales d'iodure de potassium.

(Bull. méd. 1903. p. 407.)

In mehreren Fällen wurden Gummata (zum Teil ulzerierte), welche einer Allgemeinbehandlung widerstanden, mit mehrfach wiederholten Einspritzungen von 3%igen Jodkalilösungen rings um die Gegend des Gummas herum behandelt. Die tägliche Dosis betrug 2 ccm; nach durchschnittlich sieben Einspritzungen war Heilung eingetreten. Die in das subkutane Gewebe eingespritzten Lösungen verursachten 20—25 Minuten lang Schmerzen. **Mohr** (Bielefeld).

42) F. Krzystalowicz. Über chronische streptogene Hautaffektion sub forma einer bullösen Dermatitis (eines Pemphigus).

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXVI. Nr. 4.)

Pat. litt im Anschluß an Scharlach an einer sehr chronischen Erkrankung, welche einem Pemphigus ähnelte, bei welcher aber die bakteriologische Untersuchung eine Streptokokkeninfektion ergab, welche also im Sinne Sabourand's zu der Gruppe »Impetigo und Ekthyma« gerechnet werden müßte. Verf. ist der Ansicht, daß die immer wiederholten Erytheme und Blasen durch Selbstansteckungen besonders von den Blasen an den Händen ausgingen. Durch Salbenverbände, Bäder usw. konnte schnell Besserung erzielt werden. K. gibt der allerdings noch unbewiesenen Vermutung Ausdruck, daß auch andere Fälle von chronischem Pemphigus (von der Dermatitis herpetiformis abgesehen) in ähnlicher Weise hervorgerufen sein könnten. **Jadassohn** (Bern).

43) Richter. Über generalisierte Xanthome, besonders das Xanthom »en tumeurs«.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXVI. Nr. 2 u. 3.)

Von den beiden Xanthomfällen, über welche Verf. berichtet, betraf der erste ein Kind im ersten Lebensjahre, der zweite einen erwachsenen Mann; bei beiden waren mehrfache Geschwülste vorhanden. Außer diesen beiden hat R. noch einen Fall von »Xanthoma tuberosum glycosuricum« untersucht. Aus dem ausführlichen histologischen Abschnitt möchte ich nur erwähnen, daß Verf. die Ansicht, das Xanthom der Diabetiker sei eine entzündliche Geschwulst und demnach vom eigentlichen Xanthom abzutrennen, bestreitet. Zur Behandlung empfiehlt er Abtragen mit dem Rasiermesser und nachträgliche Bedeckung mit feuchten Verbänden von verdünntem Ichthyol oder mit Hg-Karbolpflastermull oder mit Kalium causticum-Lösung; ferner bei weichen Geschwülsten mehrfaches Brennen mit dem Unna'schen Mikrobrenner. **Jadassohn** (Bern).

44) H. Gebele. Über Mykosis fungoides.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Verf. beschreibt einen in der Münchener chirurgischen Klinik beobachteten Fall von Mykosis fungoides. Derselbe betraf einen 53jährigen Mann. Außer zahlreichen, über die Haut des ganzen Körpers verstreuten flächenhaften, unregelmäßig gestalteten Infiltraten fand sich unterhalb des linken Schulterblattes eine fast zweihandtellergroße, papilläre, geschwürig zerfallene Geschwulst. Später bildeten sich ähnliche kleinere Geschwülste an Nase, Ober- und Unterlippe aus. Die histologische Untersuchung ergab keine neuen Gesichtspunkte, die bakteriologische Untersuchung war negativ.

Verf. will die Mykosis fungoides als eine Allgemeinerkrankung aufgefaßt wissen, welche sich zuerst und hauptsächlich im Hautorgan lokalisiert.

Blauel (Tübingen).

45) W. T. Mentschinski. Zur Frage von den Epithelcysten.

(Arbeiten aus Prof. Djakonow's Klinik Bd. I. Beilage zur »Chirurgie« 1903. [Russisch.])

M. entfernte und studierte eine Epithelcyste am Finger. An einer Stelle fehlte an der Cystenwand die Epithelschicht; in der Bindegewebsschicht fanden sich Granulationsnester mit verhornten Schuppen und Riesenzellen. Auf Grund des mikroskopischen Bildes macht M. folgende Hypothese über das weitere Schicksal der Riesenzellen: nach Resorption der Hornschuppen wandern sie in die Bindegewebsschicht über und zerfallen hier in Granulationszellen mit solitären Kernen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

46) K. Wills. Some remarks upon the Finsen light treatment of lupus.

(Bristol medico-chir. journ. 1903. Juni.)

W. teilt seine Erfahrungen bei der Finsenlichtbehandlung des Lupus mit. Er machte mehrfach die Erfahrung, daß bei rasch sich ausdehnendem Lupus, wenn

eine Stelle des Randes vorgenommen wurde, gleichzeitig auch die Ausdehnung nach anderen Richtungen hin zeitweilig aufgehalten wurde. Sogar nicht behandelte Stellen an anderen Teilen des Körpers zeigten manchmal eine Besserung, wenn auch in geringerem Grade als die behandelte Stelle. Bei Personen, welche nur schwer und langsam auf die Bestrahlung reagierten, fand es W. für angebracht, zeitweilig die X-Strahlen zu verwenden, wodurch die Reaktionsfähigkeit bedeutend vermehrt wurde. Die X-Strahlen waren auch sonst als Unterstützung der Finsenbehandlung von Nutzen, z. B. um Geschwüre zu heilen oder um Teile zu erreichen, die dem Finsenlicht nicht zugänglich waren (Inneres der Nase). Verf. konstruierte sich selbst eine Lampe, welche die Vorteile der Kohlen- und Eisenelektroden in sich vereinigt und damit ein Licht erzeugt, das ebenso reich an ultravioletten als an mehr in die Tiefe dringenden Strahlen ist. Die mit dieser Lampe erzielten Wirkungen auf die Haut schienen intensiver zu sein als bei den gebräuchlichen Lampen. (4 Abbildungen.) **Mohr** (Bielefeld).

47) **W. Newcomet.** Treatment of malignant growths with the X-rays.

(Philadelphia med. journ. 1903. Januar 10.)

N. berichtet über drei Rezidive von Brustkrebs, die er mit Röntgenstrahlen behandelt hat. Im ersten Falle schloß sich in 3 Wochen eine Hautulzeration in der Operationsnarbe; die ausgedehnte Hautinduration an der erkrankten Brustseite besserte sich beträchtlich und das den ganzen linken Arm einnehmende Ödem verschwand völlig. Gleich von Beginn der Behandlung an besserten sich auch die Schmerzen. In einem anderen Falle schloß sich ein dollargroßes Geschwür unter Röntgenstrahlenbehandlung in etwa 7 Wochen bis auf Erbsengröße. Die Behandlung wurde dann 3 Wochen ausgesetzt, worauf sich das Geschwür wieder vergrößerte, um sich dann bei erneuter Röntgenbestrahlung nahezu ganz zu schließen. In einem dritten Falle, bei dem das Karzinom auf das Mediastinum übergegriffen hatte, konnte durch die Bestrahlung keine Besserung erzielt werden. Dagegen heilte bei einer 79jährigen Frau ein seit mehreren Jahren bestehendes Epitheliom des unteren Augenlides mit einem Geschwür von $^1/_2$ Zoll Breite, $1^1/_2$ Zoll Länge und $^3/_8$ Zoll Tiefe in 6 Wochen ganz zu.

N. betont, daß diese Geschwüre mit ganz geringem Gewebsverlust und wenig umfangreicher Narbenbildung heilen. Für den praktischen Arzt ist auch bei unheilbaren Fällen besonders die ausgesprochene Linderung der Schmerzen wichtig, die die Röntgenstrahlenbehandlung hervorzurufen vermag. **Läwen** (Leipzig).

48) **W. J. Morton.** Primary and recurrent mammary carcinoma treated by the X-ray.

(New York med. record 1903. Mai 30.)

M. berichtet über elf Fälle von Brustkrebs, in denen durch Röntgenbestrahlung (15 Minuten, dreimal wöchentlich und sorgfältig ausgewählte Röhre) anscheinend Heilung, jedenfalls stets erheblicher Rückgang eingetreten war. Verf. hält auch die Bestrahlung von der Schulterblattgegend aus für wichtig, um die tiefe Pectoralfascie und die Muskeln, sowie etwaige durch die Rippen geschützte Gegenden wirksam zu behandeln. Was aber durch das Messer besser erreicht wird, soll doch nicht hingehalten werden.

Scirrhus oder Geschwülste von mehr fibrösem Charakter konnte auch M. als wenig beeinflußbar erkennen. Je frischer das Karzinom oder Sarkom war, desto leichter gestaltete sich auch der Rückgang. Man kann aber auch mit gutem Grund vor der Operation behandeln, ohne daß der richtige Zeitpunkt verabsäumt wird, weil Pat. sich für die Operation nach Aufklärung von peripheren Herden in günstigerer Lage befindet.

Auch nach der Operation empfiehlt sich die Bestrahlung prophylaktisch gegen Rezidive. **Loewenhardt** (Breslau).

49) Courtois et Destrez. Contusion violente de l'abdomen et de la région lombaire. Laparotomie. Guérison.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1903. Mai.)

Ein Reiter erlitt beim Fall vom Pferde eine heftige Quetschung der rechten unteren Bauchhälfte und der rechten Lendengegend. Außer den Erscheinungen, welche auf Nierenverletzung (blutiger Urin) hinwiesen, bestand eine bretthart Spannung der rechten Bauchwandhälfte und eine Druckempfindlichkeit dicht über dem Punkte MacBurney's. Da der Allgemeinzustand sich verschlechterte und alles auf das Bestehen einer Bauchfellentzündung hinwies, wurde 38 Stunden nach der Verletzung rechts am Rande des Rektus die Bauchhöhle eröffnet und ein 2 cm langer, nur durch die Serosa bis auf die Darmmuskulatur gehender Riß im aufsteigenden Kolon angetroffen. Die Diagnose der Bauchfellentzündung bestätigte sich. Nach Naht des Risses wurde die Bauchhöhle völlig geschlossen.

An der Hand dieses Falles wird die Frage erörtert, wann bei Bauchkontusionen operativ eingegriffen werden soll. Nicht jede mit Chok verbundene Kontusion gibt einen Grund zur Laparotomie; auf der anderen Seite soll bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes nicht zu lange gezögert werden. Von Interesse ist, daß ein Riß in der Serosa eines Darmes genügte, um die schweren peritonitischen Erscheinungen hervorzurufen. **Herhold** (Altona).

50) Oppe (Dresden). Appendicitis und Eingeweidewürmer.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 20.)

O. fand unter 60 Fällen von resezierten Wurmfortsätzen aus der Praxis verschiedener Chirurgen sechsmal Oxyuren. Die anatomischen Veränderungen waren im Verhältnis zu den langdauernden subjektiven Beschwerden der betreffenden Kranken sehr geringe: keine Verwachsungen, keine Auflagerungen, nirgends Eiter, keine Obliteration und Lageveränderung des Wurmfortsatzes! — O. hält es für möglich, daß solche okkulte, von Würmern bewirkte Appendicitiden viel öfter vorkommen und indirekt, d. h. auf dem Umwege der Kotsteinbildung, zu komplizierteren Erkrankungen des Processus führen. **Kramer** (Glogau).

51) N. Jacobson. Haemorrhagic appendicitis as the first manifestation of purpura haemorrhagica.

(New York med. record 1903. Februar 7.)

Ein Fall von Purpura haemorrhagica, bei dem das erste Anzeichen in Hämorrhagien im Wurmfortsatz bestand, die dieselben Symptome wie eine Appendicitis hervorriefen, so daß operiert wurde.

Gastrointestinale Symptome bei genannter Erkrankung wurden unter anderen von Henoch (Berliner klin. Wochenschrift 1874, Dezember 21) publiziert, doch ist nichts von Mitbeteiligung des Wurmfortsatzes erwähnt.

Ulzerationen des Ileums und Peritonitis sind ebenfalls bekannt.

Loewenhardt (Breslau).

52) R. F. Weir. Some unusual cases of appendicitis.

(New York med. record 1903. Mai 23.)

Der unerwartete Operationsbefund und die Tatsache, daß einige Stadien der Appendicitis immer nur erst beim Eingriff erkannt werden, rechtfertigen die sorgfältigen Publikationen aller einschlägigen Fälle.

Im einzelnen publiziert der erfahrene Autor:

1) Einen Fall von Darmverschlingung, bei dem ein 5—6 Zoll langer, entzündeter Wurmfortsatz in der Gegend der Wirbelsäule angewachsen war und eine lange Dünndarmschlinge abschnürte, die hineingeschlüpft war.

2) Hydrokele eines Bruchsackes, kombiniert mit akuter Appendicitis.

Hieran schließt sich ein Exkurs über den nicht absoluten Wert der Rigidität der Bauchmuskulatur als Zeichen der Peritonitis, welche zu Täuschungen Ver-

anlassung geben kann, indem dies Symptom einmal nicht vorhanden zu sein braucht und das andere Mal z. B. bei der Pneumonie und Pleuritis gefunden wird. Andererseits konnte trotz letzterer von innerem Kliniker gestellter Diagnose W. einmal ein perforiertes Dickdarmgeschwür mit Austritt von Gas und Flüssigkeit zwischen Leber und Diaphragma beim Eingriff vorfinden.

Weiter enthielt ein Bruchsack einen gangränösen Wurmfortsatz, der ziemlich kurz war. Geringer Druck plus Infektion genügen, Gangrän hervorzubringen.

Monk und Blake fanden bei 700 Sektionen, daß das Mesenterium des Wurmfortsatzes in 64% der Fälle bis zur Spitze reicht und nur in $6^1/_2$% bis zur Hälfte. Daraus folgt, daß im allgemeinen diese anatomische Varietät der Blutversorgung an sich nicht oft zur Erklärung der Gangrän mit herangezogen zu werden braucht.

Ein $4^1/_2$ Zoll langer und $1^1/_2$ Zoll breiter prall gespannter Wurmfortsatz wurde vor der Operation für eine Ovariencyste gehalten, stellte aber eine cystische Erweiterung der Appendix dar.

Eine $^3/_4$ Zoll lange, harte Geschwulst, welche $^1/_2$ Jahr nach einer Appendektomie Beschwerden machte, stellte sich als chronisch entzündlicher Zustand des Stumpfes dar und wurde exstirpiert. Um derartige Folgen zu vermeiden, soll nach der Unterbindung die Schleimhaut über der Ligatur weggeschnitten oder paquelinisiert werden. Die Unterbindung des Stumpfes hält W. zur Sicherung des Darmabschlusses für notwendig gegenüber anderen Methoden.

Als Quelle von allerlei Beschwerden ergab sich einmal ein nur $^1/_2$ Zoll langer Wurmfortsatz. Monk und Blake berichten bei 641 Fällen als kürzesten Befund $^1/_3$, als längsten $9^1/_3$, als mittleren 3 Zoll.

Bei einer Erörterung über die Möglichkeit, Kompressen usw. in der Bauchhöhle zu vergessen, berichtet W. von 154 derartigen Ereignissen, die Schachner in Louisville zusammengestellt hat.

Intravenöse Kochsalzinfusionen werden bei Chok und Sepsis von W. unzweifelhaft als wirksam betrachtet. Er geht nicht über 1250 ccm ev. mit Wiederholung und setzt nach Barker 5% sterilisierte Glykose oder nach Schücking 30‰ Natron-Saccharat oder nach Krile 0,6—0,9 ccm einer 1‰igen Lösung von Adrenalinchlorid hinzu.

Zum Schluß wird über ein Karzinom des Appendix berichtet (Moschcowitz sammelte seit 1896 vierzehn Fälle). An der Spitze der Appendix fand sich ein kleines Adenokarzinom, welches erst beim Aufschneiden zur Erkenntnis kam.

Loewenhardt (Breslau).

53) Ringel. Die Resultate der operativen Behandlung des Magenkarzinoms.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Verf. gibt eine statistische Bearbeitung der seit dem Jahre 1889 an der chirurgischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf ausgeführten Magenresektionen und Gastroenterostomien bei Magenkrebs.

Die Gesamtzahl der so Operierten betrug 144, und zwar wurden bei 63 Pat. Magenresektionen ausgeführt, bei 81 nur Gastroenterostomien. Die absolute Sterblichkeit bei den Resektionen belief sich auf 59,4%. Von den überlebenden 26 Kranken gingen 11 an späterem Rezidiv zugrunde, 8 sind noch am Leben und über 7 war keine Nachricht zu erhalten.

Für die 11 an Rezidiv Gestorbenen ergab sich eine mittlere Lebensverlängerung von 7 Monaten.

Die Gastroenterostomien ergaben eine absolute Mortalität von 62,2%. Über 8 von den 31 überlebenden Kranken fehlte jede Auskunft. 20 lebten noch mehr oder minder lange Zeit. Es ergab sich eine mittlere Lebensverlängerung von $3^1/_2$ Monaten. Am Leben sind noch 3 Pat.

Bezüglich der Indikation zur operativen Behandlung des Magenkrebses steht auch die Hamburger Schule auf dem Standpunkt, daß sich ein fester Plan erst

nach Eröffnung der Bauchhöhle aufstellen läßt. Eine Kontraindikation gegen die Radikaloperation bildet in erster Linie ein schlechter Allgemeinzustand, sodann das Vorhandensein von Metastasen in Bauchfell und Leber, ferner ein Übergreifen der Neubildung auf das Pankreas, während regionäre Drüsenmetastasen wohl die Radikaloperation gestatten.

Möglichst frühe Diagnosenstellung und mindestens Ausführung der Probelaparotomie, wenn ein dringender Verdacht auf das Vorhandensein eines Magenkarzinoms besteht, sind die Vorbedingungen zur Besserung der Prognose.

Blauel (Tübingen).

54) H. Schloffer. Zur operativen Behandlung des Dickdarmkarzinoms. Dreizeitige Radikaloperation.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. bespricht die an der Prager chirurgischen Klinik im Verlauf von 7 Jahren bei 32 Fällen von Dickdarmkarzinom gemachten Erfahrungen. 15mal war der Sitz des Karzinoms der Blinddarm, in den übrigen Fällen der Dickdarm oder die Flexura sigmoidea. Aus den Ausführungen über Anamnese und Symptomatologie wäre hervorzuheben, daß bei den Karzinomen der Flexura sigmoidea der sichere Nachweis der Geschwulst vor der Operation in keinem Falle erbracht werden konnte. Die objektiven Zeichen dieser Erkrankung waren lediglich in dem Vorhandensein der Darmverschlußerscheinungen gegeben.

Der Abschnitt »operative Behandlung« schildert zunächst die Operationen beim Karzinom des Blinddarms. 5mal wurde lediglich eine Palliativoperation, und zwar die Ileokolostomie gemacht. In 9 Fällen wurde reseziert. Verf. empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen bei Resektionen am Blinddarm nach Möglichkeit einzeitig zu operieren.

Beim Karzinom des Kolon und der Flexura sigmoidea wurde 5mal die Palliativoperation — Kolostomie oder Anastomosenbildung — ausgeführt, in den übrigen Fällen kam die Radikaloperation, und zwar 7mal die dreizeitige Methode, d. h. Kolostomie, Resektion und Wiedervereinigung am kotfreien Darme, Schluß der Darmfistel, zur Anwendung. Die Erfahrungen mit dieser in Anlehnung an frühere Vorschläge (Baum, Czerny, Albert) geschaffenen Methode waren so günstige, daß Verf. dieselbe als sichere Operationsmethode empfiehlt und vor der einzeitigen Resektion am Dickdarm warnt. Da das Karzinom der Flexura sigmoidea in der Mehrzahl der Fälle in einem der Radikaloperation noch gut zugänglichen Zustand in ärztliche Beobachtung komme, sei die Radikaloperation meist technisch möglich und ohne große Gefahr ausführbar. Bei der Resektion des Dickdarmkarzinoms sei dabei die offene Wundbehandlung des Operationsterrains unbedingt dem vollständigen oder teilweisen Verschluß der Bauchdecken vorzuziehen.

In einem Nachtrag berichtet Verf. noch über drei weitere Resektionen tiefer Dickdarmabschnitte und nimmt Gelegenheit, vor dem abgekürzten dreizeitigen Verfahren zu warnen, wie es in diesen Fällen zur Anwendung kam. Es wurde nämlich die Anlegung des Kunstafters und die Resektion des erkrankten Darmabschnittes in einem Akte ausgeführt. Es zeigte sich, daß dadurch, trotz ausgiebigster Darmentleerung, der Vorteil der richtigen dreizeitigen Methode, das Operieren am kotfreien Darme, nicht erreichbar war. **Blauel** (Tübingen).

55) Schulhof (Nordhausen). Akuter Darmverschluß, hervorgerufen durch Ascaris lumbricoides.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 24.)

Die Laparotomie ergab keinen Anhaltspunkt für die Ursache des Darmverschlusses; am Ende der Operation erfolgte erneutes Erbrechen, wobei zwei Askariden und später noch mehrere (22) entleert wurden. Damit war der Darmverschluß beseitigt. Heilung. **Kramer** (Glogau).

56) **Crampe.** Die Übernähung gangränverdächtiger und gangränöser Schnürfurchen am Darme.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Verf. berichtet über die an der Königsberger chirurgischen Klinik gemachten Erfahrungen mit Übernähung eingestülpter, engbegrenzter brandiger oder brandverdächtiger Darmstellen nach Brucheinklemmung. Es wurden in den Jahren 1886—1902 insgesamt 38 partielle Invaginationen bei eingeklemmtem Darm ausgeführt mit 8 Todesfällen (21% Sterblichkeit). Die Zahl der eingeklemmten Brüche in diesem Zeitraum betrug 151 mit 37 Todesfällen (24,5%). Auf Grund dieser Resultate hält Verf. die von manchen Seiten erhobene Forderung, das Übernähungsverfahren aus den Verfahren der Darmversorgung nach Brucheinklemmung überhaupt auszumerzen, für nicht gerechtfertigt. Es hat sich weder eine mangelnde Sicherheit des Übernähungsverfahrens, noch die Gefahr einer späteren Stenose nachweisen lassen. Doch muß die Indikationsstellung eine besonders sorgfältige sein und auf den lokalen Darmbefund und den Allgemeinzustand Rücksicht nehmen. Der Vorteil des Übernähens, schnelle und leichte Ausführung der Operation und nur einmaliger Eingriff, wird unter dieser Bedingung in einer ganzen Reihe von Fällen dem Pat. zum Nutzen gereichen. **Blauel** (Tübingen).

57) **A. Mossé.** L'adrénaline dans un cas d'hémorroïdes irréductibles avec menace d'étranglement.

(Soc. méd. des hôpitaux de Paris 1903. Januar 23.)

Bei dem in der Überschrift angegebenen Zustande bewirkte die mehrfache Anwendung eines mit starker Adrenalinlösung durchtränkten Tampons eine rasche Verminderung der Schwellung und Einklemmungserscheinungen.

Mohr (Bielefeld).

58) **Rochet.** Traitement chirurgical des prurits périnéaux, anaux et vulvaires.

(Soc. de chir. de Lyon 1903. Februar 19.)

Zwei chirurgisch behandelte Fälle von schwerem Pruritus der Mastdarm-Scheidengegend, die jeder anderen Behandlung getrotzt hatten.

1) 48jährige Frau; seit 10 Jahren Pruritus vulvae, vaginae, urethrae. Durchschneidung des Stammes des N. pudendus. Heilung seit 3 Jahren.

2) 50jähriger Mann; seit 2 Jahren Pruritus der Anal- und Skrotalgegend. Durchtrennung des perinealen Astes des N. pudendus sowie der Mehrzahl der Äste des N. cutaneus analis und schließlich der perinealen und skrotalen Äste des N. cutaneus femoris posterior. Heilung seit 8 Monaten.

Nach R. ist es nicht nötig, jeden Ast des N. pudendus bis zur Peripherie zu verfolgen (Tavel), sondern man kann sich damit begnügen, das periphere Ende des durchtrennten Stammes soweit als möglich aufzurollen und auszureißen. Meistens genügt die Resektion des perinealen Astes des N. pudendus.

Mohr (Bielefeld).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 38. Sonnabend, den 19. September. 1903.

Zur Anwendung des Adrenalins bei anästhesierenden Gewebsinjektionen.

Von

Dr. H. Braun in Leipzig.

Nachdem ich das Adrenalin im alltäglichen Gebrauch an mehreren hundert Kranken als ein uns unentbehrlich gewordenes Hilfsmittel für die Lokalanästhesie schätzen gelernt habe, halte ich es für meine Pflicht, auf zwei Punkte zurückzukommen, die zu beachten sind: die Dosierung des Mittels und die Nachblutungen, die bei seiner Anwendung entstehen können. Bezüglich der Anwendungsmöglichkeiten und der Vorteile, die es bietet, verweise ich

auf meine ausführliche Arbeit.[1] Was zunächst die Dosierung anbelangt, so versteht es sich von selbst, daß ein so enorm aktives Mittel, wie das Adrenalin, vorsichtig ausprobiert werden muß. Die von mir anfangs (nach Versuchen an mir selbst) vermutete Maximaldosis von 1 mg hat sich als zu hoch für Gewebsinjektionen erwiesen.[2] Ich selbst bin vorsichtig gewesen; denn bei unseren zahlreichen Kranken sahen wir als Nebenwirkung des Mittels nur einmal eine Stunde anhaltende Übelkeit und Erbrechen nach Injektion von 20 ccm $^1/_2$%iger Eukain-B-Lösung mit 10 Tropfen der käuflichen Sol. Adrenalini hydrochlorici von 1:1000, in einigen wenigen Fällen entstand bei ähnlicher Dosis rasch vorübergehendes Herzklopfen. Andere aber, wie Hartwig[3], berichten über recht schwere Zufälle, und Enderlen teilte beim letzten Chirurgenkongreß einen Fall mit, wo nach Injektion von 8 cg Kokain mit 8 Tropfen der Adrenalinlösung des Exitus letalis infolge von Atemlähmung eingetreten ist. Enderlen sagte ferner, daß 3 Tropfen der von ihm gebrauchten Adrenalinlösung, verdünnt mit 1 ccm, also ungefähr der 10fachen Menge Flüssigkeit, ausnahmslos bei allen Versuchspersonen, denen er sie subkutan injizierte, unangenehme Nebenwirkungen hervorgerufen hätten. Das ist eine Dosis, die ich bei so vielen Kranken und Gesunden so oft überschritten habe, daß hier nur, wie ich auf dem Chirurgenkongreß in der Diskussion bemerkte, etwas in dieser Lösung darin gewesen sein muß, was nicht hinein gehört; oder aber, und das erscheint mir nicht ausgeschlossen, vielleicht ist die käufliche Adrenalinlösung doch nicht immer gleich wirksam. Es ist daher ratsam, sich die Stammlösung des salzsauren Adrenalins vom Apotheker herstellen zu lassen nach folgender Vorschrift. Als Lösungmittel dient folgende Mischung:

Acidi hydrochlorici puri	0,2
Natri chlorati	0,8
Aquae destillatae	100,0.

10 ccm dieser Mischung werden im Reagenzglas zum Kochen erhitzt, 1 cg des Adrenalinum purum hineingeschüttet und nochmals aufgekocht. Es entsteht eine wasserklare, ungefärbte Lösung, in welcher der größte Teil der Salzsäure durch das basische Adrenalin neutralisiert ist. Ein geringer Säureüberschuß muß vorhanden sein. Nachdem der Lösung 2 Tropfen Acidi carbolici liquefacti zugesetzt sind, wird sie in 3—5 ccm fassende braune Fläschchen gefüllt und

[1] Über den Einfluß der Vitalität der Gewebe auf die örtlichen und allgemeinen Giftwirkungen lokalanästhesierender Mittel und über die Bedeutung des Adrenalins für die Lokalanästhesie. Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXIX.

[2] Anmerkung bei der Korrektur. Dönitz hat solche (Münchener medizin. Wochenschrift Nr. 34) Kokain-Adrenalinmischungen für die Lumbalanästhesie empfohlen und sagt, daß die Dosis von $^1/_2$ ccm der unverdünnten Adrenalinlösung hierbei beträchtlich überschritten werden könne. Das trifft für Gewebsinjektionen jedenfalls nicht zu, wo ich die Anwendung der unverdünnten Lösung überhaupt für unzulässig halte.

[3] Wiener zahnärztl. Monatschrift 1903. Nr. 6.

gut verschlossen aufbewahrt. Sie ist fast unbegrenzt haltbar. Die von der Firma Parke, Davis & Co. in London in den Handel gebrachte Lösung, deren Herstellungsart geheim gehalten wird, dürfte in gleicher Weise gemacht sein. Sie reagiert stark sauer und enthält freie Salzsäure. Ihre Zusammensetzung ist also auf der Signatur, mit der die Originalflaschen versehen sind, falsch angegeben.

Was mich selbst bei weiterer Erfahrung bestimmt hatte, mit der Dosierung und namentlich auch mit der Konzentration der Lösungen des Mittels immer weiter herunter zu gehen, war die Beobachtung, daß der Zweck desselben für die Lokalanästhesie, die Steigerung der durch Mittel, wie Kokain, Eukain usw. hervorgerufenen örtlichen Vergiftung, mit ganz minimalen, absolut unschädlichen Mengen Adrenalin vollkommen erreicht wird, ja daß eine zu intensive Adrenalinwirkung auch nach anderer Richtung unerwünscht ist. Damit komme ich auf den zweiten Punkt, die Nachblutungen. Man kann sich bei jeder Anwendung des Mittels leicht davon überzeugen, daß der Adrenalinanämie keine Hyperämie, keine Gefäßerschlaffung folgt, wie etwa nach Lösung der Konstriktionsbinde an den Extremitäten, sondern daß ganz langsam und allmählich die normale Zirkulation in den unter der Einwirkung des Adrenalins stehenden Geweben sich einstellt. In Wunden, wo eine regelrechte Blutstillung vorgenommen worden ist oder welche tamponiert worden sind, kann also auch niemals eine Nachblutung zustande kommen. Wohl aber liegt diese Möglichkeit vor, wenn die Adrenalinwirkung so stark ist, daß auch die Arterien mittleren Kalibers nicht mehr bluten. Man findet dann die Gewebe vollkommen blutleer und ist absolut nicht in der Lage, eine Blutstillung vorzunehmen; so lange bis die Adrenalinwirkung vorbei ist, kann man nicht warten, man näht die Wunde zu, hinterher aber beginnen einzelne Gefäße zu bluten, weil sie nicht unterbunden worden sind, und man bekommt Hämatome, wie ich selbst beobachtet habe. Ähnlich dürfte der Fall wohl auch bei Anwendung des Adrenalins auf Schleimhäute liegen. Man erlebte da Nachblutungen, nicht weil Adrenalin angewendet wurde, sondern weil eine Blutstillung nicht möglich war, so lange die Adrenalinanämie bestand. Man darf daher den zur Schleich'schen Infiltrationsanästhesie zu verwendenden Lösungen (0,1%ige Kokain- oder Eukain-B-Lösung) nur Spuren von Adrenalin zusetzen, welche genügen, um die parenchymatöse Blutung aufzuheben und um die Intensität und Dauer der örtlichen Anästhesie in außerordentlichem Maße zu steigern, welche aber nicht so stark wirken, daß sie auch Arterien bis zum Verschluß ihres Lumens zur Kontraktion bringen. Eine Lösung, welche diese Eigenschaften besitzt, ist eine 0,1%ige Kokain- oder Eukain-B-Lösung, der auf 100 ccm 2 bis höchstens 5 Tropfen der Adrenalinlösung 1 : 1000 zugesetzt sind. Die Mischung enthält dann etwa 0,00007% bis 0,00017% Adrenalin. Werden die Gewebe mit einer derartigen Lösung infiltriert, so werden sie zwar weiß und blutleer, aber die Arterien bluten und können unterbunden werden. Die

Einwirkung des Mittels auf die Lokalanästhesie ist, ich möchte sagen, kaum geringer bei so kleinen als bei viel größeren Dosen. Den in kleiner Quantität, aber stärkerer Konzentration (1%) bei Zahnextraktionen und bei der Anästhesierung von Nervenstämmen zu injizierenden Kokain- und Eukainlösungen setzen wir nicht mehr als 2 Tropfen Adrenalinlösung auf den Kubikzentimeter zu. Mehr als 5 Tropfen (ungefähr $^1/_6$ mg Adrenalin) haben wir nur selten bei einem Kranken noch angewendet. So hoffe ich denn, daß die Nebenwirkungen des Mittels sich mit Sicherheit werden vermeiden lassen.

---

1) **L. Königsberger.** Hermann von Helmholtz.

II. Bd. XIV u. 383 S., 2 Bildnisse; III. Bd. IX u. 142 S., 4 Bildnisse, 1 Brieffaksimile.

Braunschweig, **Fr. Vieweg & Sohn,** 1903.

In dem zweiten Lebensabschnitt Helmholtz', der in den beiden die Biographie abschließenden Bänden dargestellt wird, konzentrierte sich nur anfangs noch die Arbeit des Gelehrten auf physiologische Fragen, indem er während seines Heidelberger Aufenthaltes die Lehre von den Tonempfindungen und die physiologische Optik vollendete, auch noch manche Spezialarbeit auf diesem ihn so hoch interessierenden und von ihm so ungemein geförderten Gebiete lieferte. Mehr und mehr aber wandten sich seine Studien allmählich rein physikalischen und mathematischen Fragen zu, sehnte er sich nach der Berufung auf einen Lehrstuhl der Physik; und er war glücklich, als ihm 1871 ein solcher in Berlin übertragen wurde und er damit die Stellung erhielt, die seinem spezifischen Talent und seinen Neigungen voll entsprach. Namentlich war es fortan das Gebiet der Elektrizität, dem er sein Interesse widmete, das er durch seine Studien förderte und durch Experimente wie Berechnungen in genialster Weise zu beherrschen lernte. Während er aber in seinen hier einschlagenden Arbeiten nur für den Physiker und Mathematiker von Fach verständlich bleibt, belehrt er gleichzeitig die weiten Kreise der gebildeten Welt durch eine reiche Zahl geistvoller Vorträge und populär gehaltener Schriften über die verschiedensten allgemeinen wie speziellen Themata aus dem weiten Gebiet der Naturwissenschaften, behandelt Probleme aus der Meteorologie, studiert die Verhältnisse der Gletscher, speziell die Bewegungen des Gletschereises, schreibt über die Energie der Wogen und Winde, bewegt sich auf dem Gebiete der Ästhetik, rühmt die akademische Freiheit der deutschen Universitäten. — Schon ist er, nach 17jähriger angestrengter Lehrtätigkeit in der bezeichneten Stellung, 67 Jahre alt geworden, da ergibt sich die erwünschte Möglichkeit, den unermüdlichen Forscher von seiner angestrengten Lehrtätigkeit zu befreien und ihn ganz der akademisch-wissenschaftlichen Tätigkeit zu überlassen mit der Gründung der physikalisch-technischen Reichsanstalt in Charlottenburg, zu deren Präsidenten Helmholtz ernannt [illegible]

eine Stellung erhielt, die ihm bis an sein Lebensende volle Befriedigung gewährte. Bekannt ist, wie er, der 72jährige, nach Amerika zum Elektrikerkongreß gesandt wurde, auf der Rückreise im Schiff durch einen Fall sich eine schwere Kopfverletzung zuzog, sich aber doch von dem Unfall wieder erholte, seine Amtsgeschäfte wie seine wissenschaftlichen Arbeiten wieder aufnahm, bis im Juli 1894 seinem Wirken eine Apoplexie ein Ende bereitete, der er nach 8 Wochen erlag.

Einen kurzen Überblick über die kolossalen Leistungen des großen Mannes auf geistigem Gebiet gewährt die in der Biographie abgedruckte Adresse der Berliner Akademie zur Feier seines 50jährigen Doktorjubiläums. Wie sie, so sind auch zahlreiche andere Dokumente aus eigener und fremder Feder, namentlich Abschnitte aus seinen Arbeiten in das Werk aufgenommen, das auf diese Weise, wie auch in der Anordnung der einzelnen erzählten Lebensereignisse, welche mit der Wiedergabe der Arbeiten des Gefeierten abwechseln, namentlich in seiner zweiten Hälfte einer Chronik manchmal ähnlicher sieht, als einer künstlerisch durchgearbeiteten Biographie. Der Autor selbst hat das wohl gefühlt, wenn er, auf seine hohen Jahre hinweisend, darauf aufmerksam macht, daß zwischen dem Entschluß, diese umfangreiche Lebensgeschichte zu schreiben, und deren Vollendung nicht 16 Monate gelegen haben. Und doch sprechen wir ihm, der Helmholtz persönlich nahe gestanden hat und ihm als Naturforscher bis in die höchsten Höhen seines Denkens zu folgen imstande ist, den vollsten Dank aus, daß er uns pietätvoll in dessen tiefe Gedankenarbeit einführt und andererseits dem vornehm bescheidenen, liebenswürdigen edlen Menschen, der Helmholtz gewesen, voll gerecht geworden ist.

Die beigefügten Porträts des Meisters und seiner zweiten Frau, Nachbildungen von Meisterwerken Lenbach's und Hildebrand's, bilden einen schönen Schmuck des Buches, dem wir weite Verbreitung wünschen. **Richter** (Breslau).

---

2) O. Schultze. Atlas und Grundriß der topographischen und angewandten Anatomie.

(Lehmann's medizinische Atlanten Bd. I.)

München, J. F. Lehmann, 1903. XIX u. 156 S., 70 farb. Tafeln, 21 Textabbild.

Wir besitzen in Deutschland einige treffliche Atlanten der topographischen und angewandten Anatomie, aus der neuesten Zeit den noch nicht ganz vollendeten Zuckerkandl'schen, der fast nur aus Abbildungen besteht, sehr arm an Text ist, und den gemeinsam von Bardeleben und Haeckel bearbeiteten, dessen zahlreiche Tafeln je von dieselben erläuterndem ausführlichem beschreibendem Text begleitet sind, in dem gleichzeitig auf die praktische Verwertung des anatomischen Bildes hingewiesen wird. Das vorliegende Werk ist mehr ein Lehrbuch, mit reichlichen Abbildungen geschmückt, auf die im Text hingewiesen wird. Der eine wird dieser, der andere jener Art der Bearbeitung des Stoffes den Vorzug geben. Ref. begnügt sich gern mit zahlreichen, klaren Abbildungen mög-

lichst in Normalgröße, auf denen man sich bei scharfem Zusehen rasch orientieren kann, event. unter Zuhilfenahme danebenstehender kurzer prägnanter Erläuterungen. Verf. legt mehr Wert auf die buchartige Ausarbeitung seines Themas, nötigt damit aber natürlich den Leser bei der Lektüre viel hin und her zu blättern, um die zum Text gehörigen Bilder an verschiedenen Stellen aufzufinden. Als Probe auf das Exempel, ob er mit Aufmerksamkeit und Verständnis gelesen, findet dieser dazu am Ende jeden Kapitels eine Anzahl Fragen aus der angewandten Anatomie aufgeführt, die er sich zu beantworten bemühen muß. — Die Abbildungen selbst sind in der Art der vielen aus demselben Verlage schon erschienenen rühmlichst bekannten Atlanten meist farbig ausgeführt, zum großen Teil nach frischen Präparaten; teilweise sind es Nachbildungen der bekannten His'schen Modelle, diese meist in recht bedeutender Verkleinerung, so daß manche für den Chirurgen wünschenswerte Details sich nicht gut wiedergeben lassen. Da der Autor selbst auffordert, eventuelle weitere Wünsche auszusprechen, so möchte Ref. mit einigen nicht zurückhalten. So könnten vielleicht die Lymphbahnen und Lymphdrüsen eine umfangreichere Berücksichtigung finden, auch der Ductus thoracicus beim Situs supraclavicularis; ferner die äußeren wie inneren Fascien, von letzteren z. B. die für den operierenden Chirurgen wichtigen Fasc. recti einschließlich der prostatica. Fig. 26 dürfte charakteristischer gezeichnet werden: von dem Fettgewebe hinter Lig. hyothyreoideum fehlt jede Andeutung, während das subkutane in der Abbildung klar wiedergegeben ist. Im Text wäre die sehr wechselnde Lage des Wurmfortsatzes hervorzuheben.

Durch solch kleine Ausstände wird der Wert des ganzen Werkes nicht verringert, das viele Freunde finden dürfte.

Richter (Breslau).

---

3) **H. G. Piffard.** Radio-praxis.

(New York med. record 1903. März 7.)

X-Strahlen sind für tiefere Läsionen, ultraviolette Strahlen, event. mit ersteren kombiniert, für oberflächliche Affektionen anzuwenden. Der Vergleich ergibt erhebliche physikalische Verschiedenheiten. Die ultravioletten Strahlen können reflektirt, gebrochen und polarisiert werden, beeinflussen die Bakterien intensiv, entladen nur ein positiv geladenes Elektroskop, durchdringen Steinsalz, induzieren blaue Phosphoreszenz in Kalziumpolysulfid, während dieser Körper unter X-Strahlen weiß phosphoresziert. Willemit, ein Mineral aus Zinksilikat bestehend, fluoresziert sehr schön grün bei beiden Strahlensorten. 4—5 Minuten Kataphorese einer 1‰igen Adrenalinlösung, in die die Elektrode getaucht ist, wird zur Erzeugung von Blutleere vor Anwendung der ultravioletten Strahlen empfohlen (auch event. verdünnte Injektionen, oder bei erodierten Stellen betupfen).

P. verwendet auch eine statische Maschine mit Induktorium

zur Erzielung höchst gespannter Ströme (»hyperstatische«), welche er z. B. bei infiltrierten Ekzemen empfiehlt.

Die Wirkungen werden eingeteilt in:

1) »elektrisches Bombardement« der Gewebe, wahrscheinlich mit Ionisation,

2) Überführung von Metallpartikeln von der Metallelektrode,

3) ultraviolette Strahlen,

4) Ozonwirkung und

5) antibakterielle Wirkung.

Die verschiedenen Probleme der Lichttherapie werden erörtert.

Loewenhardt (Breslau).

---

4) **Willard.** Sunshine and fresh air, the Finsen ultra violet rays and the Röntgen rays in tuberculosis of the joints and bones.

(Journ. of the amer. med assoc. 1903. Juli 18.)

Tuberkulose wird durch möglichst viel Aufenthalt im Sonnenschein unzweifelhaft gut beeinflußt, teils durch Erhöhung der allgemeinen Widerstandsfähigkeit des Körpers, teils durch direkte schädigende Wirkung auf die Bazillen selbst. In Colorado spielt jedenfalls das sonnenscheinreiche Klima eine bedeutende Rolle bei der günstigen Einwirkung auf die Tuberkulose. Sowie Lungentuberkulose auf dem Wege des Sanatoriumaufenthalts behandelt wird, soll auch die Knochen- und Gelenktuberkulose angegriffen werden. Bei Fehlen des Sonnenscheins spielen die anderen erwähnten Strahlen eine für die Heilung günstige Rolle. — 1) Sonnenschein, frische Luft, gute Ernährung neben Feststellung des erkrankten Gelenks sind die wichtigsten Hilfsmittel bei Bekämpfung der Tuberkulose. 2) Direkte Sonnenbestrahlung der erkrankten Teile ist von Wichtigkeit. Alle Heilanstalten sollten Sonnenbäder und ähnliche Einrichtungen haben. 3) Auch bei den bettlägerigen Kranken soll der Körper und die erkrankten Gelenke den Sonnenstrahlen ausgesetzt werden unter Schutz von Kopf und Augen. Auflegen blauen Glases erleichtert das Eindringen der ultravioletten Strahlen. 4) Zeltleben im freien Fichtenwald, Sommer und Winter, ist für Tuberkulöse sehr heilsam. 5) Auch für Knochen- und Gelenktuberkulose sind besondere Sanatorien einzurichten. 6) Sammlung der Sonnenstrahlen durch Linsen erhöht die bakterientötende Kraft, elektrisches Licht kann an dunklen Tagen benutzt werden. 7) Röntgenstrahlen wirken beim Laboratoriumsversuch wachstumshemmend und abtötend auf Tuberkelbazillen, vielleicht auch im lebenden Gewebe; doch ist letzteres noch nicht ganz sicher. 8) Elektrische Licht und Röntgenbehandlung sollen hauptsächlich als Nachbehandlung und zur Vervollkommnung der operativen Behandlung benutzt werden, ebenso zur Kräftigung des Allgemeinzustandes.

Trapp (Bückeburg).

---

5) C. Beck. The principles of protection against Röntgenlight dermatitis.

(New York med. record 1903. Januar 31.)

Bei Röntgenstrahlen muß man ebenso wie bei Jodoform mit individueller Idiosynkrasie rechnen, obgleich natürlich eine Röntgendermatitis schließlich bei jedem zu erzeugen sei. Die einzige Möglichkeit, die Toleranz des Individuums zu erkennen, besteht in vorsichtigen Versuchsexpositionen. Eine ganze Reihe von Umständen beeinflußt die Reaktion, lange Expositionszeit, kurzer Röhrenabstand starke Apparate, Allgemeinbefinden des Kranken und »schwüles Wetter«.

Weiche Röhren erfordern lange Expositionszeit, sind aber wegen der feineren Details des Bildes nötig. Aber selbst bei Beckenaufnahmen werden allerhöchstens 10 Minuten mit dem Wehnelt-Unterbrecher gebraucht, eine Zeitdauer, die jeder erträgt. Bei wiederholten Sitzungen sind lange Intervalle zu empfehlen. Der »Chromoradiometer von Holzknecht« (beruht auf Färbung verschiedener Salze durch die Strahlen), ist für die exakte Dosierung nicht maßgebend. Schutzschilde stören meist die Aufnahme.

Bei der Behandlung gutartiger Erkrankungen empfiehlt B. kurze Expositionszeit ohne Risiko und eine weiche Tube mit gerade noch so starkem Strom, daß die Handknochen ohne Strukturdetails sich dunkel von den Weichteilen abheben; erst nach einer Woche wieder 10 Minuten Exposition. Wenn nach einer dritten Sitzung nach demselben Intervall keine Reaktion erfolgt ist, kann man jeden zweiten oder dritten Tag bis zu 18 Minuten exponieren, während der Probezeit in mindestens 4 Zoll Entfernung. Bei der Behandlung bösartiger Geschwülste dagegen darf weder ein Schutzschild, noch irgend welche Abschwächung der Strahlen benutzt werden, verwendet man besser zu viel als zu wenig, wenn man alle Karzinomzellen erreichen will. Tiefere Infiltration erfordet harte Tube.

Die »Terrakottahand« eines Röntgenspezialisten wird abgebildet und zur Schonung des Operateurs besonders empfohlen detaillierte Vorbereitung vor Stromschluß, Wechsel der Hände, Annäherung an den Fokus nur, wenn es absolut notwendig ist. Schließlich empfiehlt B. kurz nach der Operation prophylaktische Bestrahlung.

Loewenhardt (Breslau).

---

6) Holzknecht und Grünfeld. Ein neues Material zum Schutz der gesunden Haut gegen Röntgenlicht und über radiologische Schutzmaßnahmen im allgemeinen. (Aus dem Röntgenlaboratorium des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 28.)

Die Untersuchung der üblichen Schutzmittel auf ihre Leistungsfähigkeit, d. h. auf ihre Fähigkeit, möglichst viel von der einstrah-

lenden Röntgenlichtmenge durch Absorption unwirksam zu machen, um die gesunde Haut zu schützen, hat den Verff. ergeben, daß Bleiblech von 0,25 mm Stärke das dünnste, praktisch mit Sicherheit zureichende Material für die nicht zu bestrahlende Haut darstellt. Um die Verknitterung des stark abfärbenden Blechs, die schon nach kurzem Gebrauch auftritt, und das dadurch entstehende Brüchigwerden zu verhüten, um auch ein leicht und exakt zu reinigendes Schutzmaterial zu erhalten, haben Verff. das Bleiblech auf beiden Seiten mit dünnen Kautschuklamellen überzogen und damit ein nicht abfärbbares, wasch- und sterilierbares, plastisches und vorzüglich brauchbares Schutzmittel gewonnen. Die einzelnen Stücke werden mit ihren Ausschnitten um das zu bestrahlende Gebiet zusammengeschoben, so daß die ganze Umgebung gedeckt ist. — Erhältlich bei allen größeren radiologischen Firmen. **Kramer** (Glogau).

---

7) **H. Brun.** Der Schädelverletzte und seine Schicksale.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 2 u. 3.)

Diese »klinische Studie« stellt eine außerordentlich ausführliche Bearbeitung der in dem Zeitraum von 1881—1901 in der chirurgischen Klinik des Kantonspitals von Zürich zur Behandlung gekommenen 470 Fälle von Schädelverletzungen dar. Von diesen waren 165 im Anschluß an die Verletzung gestorben, bei 100 noch am Leben Befindlichen konnte Verf. größtenteils persönliche Nachuntersuchungen vornehmen. In 213 Fällen handelt es sich um einen offenen Schädelbruch, 275mal war vorwiegend die Basis beteiligt.

Die Sterblichkeit betrug 35,1%, dabei bestätigte sich der alte Grundsatz, daß ein Pat. mit Schädelbruch, sofern zu der Wunde keine Infektion hinzutritt, innerhalb der ersten zwei Tage stirbt, oder dann mit großer Wahrscheinlichkeit davonkommt. Hirnzertrümmerungen, demnächst Blutungen in die Höhlungen des Gehirns selbst oder auf die Oberfläche bildeten die Haupttodesursachen, ferner Meningitis und Hirnabszeß, bei welchem die Haupteingangspforte für die Infektion die Verletzungen der Nase und ihrer Adnexhöhlen, demnächst das Ohr und schließlich der Nasen-Rachenraum darstellten.

Das reiche Material bespricht Verf. in Gruppen geordnet unter Anführung der Krankengeschichten und Beigabe erläuternder schematischer Abbildungen. Diese Gruppen betreffen die Schußverletzungen (8½% des Gesamtmaterials), das Schicksal der Knochenverletzungen, der Verletzungen der Hirnhäute, die Blutungen aus dem venösen Sinus, aus der Carotis interna, aus den meningealen Gefäßen und subdurale Blutergüsse, ferner die Hirnzertrümmerung, die Verletzungen der Hirnnerven und ihrer kortikalen Zentren, die Lähmungen der Extremitäten, aphatische Störungen und solche der Psyche. Jeder dieser Abschnitte enthält eine reiche Fülle von wertvollen Beobachtungen. **Blauel** (Tübingen).

---

8) **Cook.** The orbital route for removal of the second branch of the fifth nerve at the foramen rotundum.

(Annals of surgery 1903. Juni.)

Die Technik der in der Überschrift genannten und von Storrs zuerst angegebenen Operation ist folgende. Schnitt längs des unteren Randes der Augenhöhle, Abheben des Periosts vom Boden der Augenhöhle, Emporheben des Augapfels, Entfernen der dünnen Knochenplatte, welche den Canalis infraorbitalis bedeckt. Anhaken des freiliegenden Nerven und Unterbindung mit einem Silkfaden. Das proximale Ende wird jetzt stumpf bis zum Foramen rotundum durch die Fissura infraorbitalis aus seiner Umgebung gelöst, nachdem dasselbe durch das Öhr einer Nadel zum leichteren Verfolgen des Verlaufs hindurchgezogen ist. Am Foramen rotundum wird der Nerv abermals durchschnitten und das auf diese Weise resezierte Stück entfernt. Das distale Ende wird nun ebenfalls durch ein Nadelöhr gezogen und die Nadel durch das Foramen infraorbitale und von hier zwischen Oberkiefer und Lippe in den Mund geführt und hier abgeschnitten. Die unterhalb des Auges befindliche Wunde wird bis auf eine für ein Drain bestimmte Öffnung vernäht. Die Operation soll nach Ansicht des Verf. sehr gute Erfolge haben.

Herhold (Altona).

---

9) **P. Bernhardt.** Die Verletzungen des Gehörorgans, besonders auch ihre Beziehungen zum Nervensystem. Forensische Abhandlung.

(Sonder-Abdruck aus der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 3. Folge. Bd. XXV. Supplementsheft.)

Berlin, **August Hirschwald,** 1903.

Bei der immer mehr zunehmenden Inanspruchnahme des Arztes als Gutachter infolge der Entwicklung der sozialen Gesetzgebung kommt Verf. durch die vorliegende Arbeit einem wirklichen Bedürfnis nach. Die traumatischen inneren und chirurgischen Krankheiten haben in jüngster Zeit von berufener Feder eine eingehende Würdigung erfahren, während die Arbeiten über Verletzungen des Gehörorgans 10—25 Jahre zurückliegen und somit der großen Entwicklung, welche die Ohrenheilkunde im letzten Dezennium gemacht hat, nicht gerecht werden. Im allgemeinen Teil erörtert Verf. die Möglichkeiten »des Todes vom Ohre aus«. Hier werden besonders die neueren Kenntnisse über die Verbreitung infektiöser intrakranieller Komplikationen verwertet; dem schließt sich an: schwere Körperverletzung otogenen Ursprungs, die Art der gefährlichen Werkzeuge, die Fahrlässigkeit von seiten des Arztes (Kunstfehler), sowie allgemeine Erörterungen über Verletzungen des Gehörorgans überhaupt, über den Unfall, Erwerbsunfähigkeit, Simulation usw., unter stetem Hinweis auf die betreffenden Gesetzesparagraphen und maßgebenden Entscheidungen. Im speziellen Teil werden die einzelnen Ohrabschnitte,

von außen nach innen vorgehend, abgehandelt und so eine ganze sozusagen traumatische Ohrenheilkunde dargestellt unter genauer Berücksichtigung der modernen Literatur. Aus der Fülle von Einzelheiten läßt sich nur einiges Wenige hervorheben, wie die erhöhte Vulnerabilität des Trommelfells bei weitem und krümmungsschwachem äußerem Gehörgang; besonders ausführlich erörtert Verf. die Verletzungen des Labyrinths, deren präzise Begutachtung wohl zu den schwierigsten derartigen Aufgaben gehört und gewöhnlich nur nach mehrmaliger Untersuchung bezw. stationärer Beobachtung zu einem sicheren Schluß führt. Hier findet die Wanner-Gudden'sche Beobachtung über die Koinzidenz verkürzter Knochenleitung (bei normalem Hörvermögen) und umschriebenen Verwachsungen zwischen Dura und Schädeldach Erwähnung. Bei den Verletzungen des zentralen Gehörorgans erwähnt B. auch den von Friedmann beschriebenen, an den Menière'schen erinnernden Symptomenkomplex, bei dem unter Anfällen von Hörstörungen, rasendem Kopfschmerz, Schwindel, Reizungs- und Lähmungserscheinungen verschiedener Hörnerven mit Fieber nach 1—3 Jahren unter Delirien und Koma der Tod eintritt; als anatomische Grundlage fänden sich mikroskopische Gefäßveränderungen; Friedmann nahm eine Schwächung des vasomotorischen Zentrums an, während andere Autoren, wie Stenger, eine Erschütterung des Labyrinths nicht ausschließen können und die Affektion als zum Menière gehörig erachten. In dankenswerter Weise werden auch die Beziehungen zur Hysterie behandelt. Aus der Fülle des beigebrachten Materials ersieht man, wie notwendig bei Kopfverletzungen, welche das Gehörorgan mehr oder minder in Mitleidenschaft gezogen haben, spezialistische Kenntnisse sind, um aus dem meist recht verwickelten Symptomenkomplex den Einfluß der Verletzung auf den vorliegenden Zustand richtig bemessen zu können. Jedem, der derartige Fälle zu begutachten hat, sei die sorgfältige, 238 Literaturnummern aufweisende Arbeit aufs wärmste empfohlen. Dieselbe ist auch separat im Buchhandel erschienen.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

10) **J. Toubert.** Relations entre les parotitides et les otites au point de vue pathogénique.

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1903. Nr. 6.)

Pat. erwarb im Verlaufe einer furunkulösen Entzündung des Meatus externus eine eitrige Parotitis und schließlich noch einen Abszeß am Ellbogen; die verschiedenen Inzisionen führten zur Heilung. Im Anschluß hieran erörtert Verf. die mannigfachen Beziehungen, die zwischen Entzündungen von Ohr und Ohrspeicheldrüse möglich sind; beide können gleichzeitig auftreten, indem sowohl das Mittelohr auf dem Wege der Tube, wie die Parotis auf dem Wege des Ductus Stenonianus im Verlaufe zahlreicher Infektionskrankheiten affiziert werden können. Außerdem können sie nachein-

ander auftreten, sei es auf metastatischem Wege, da die oberflächlichen Parotislymphdrüsen mit der oberen Gesichtshälfte und dem äußeren Ohr, die tiefer gelegenen mit Nase und Mittelohr in Verbindung stehen, sei es per contiguitatem; in letzterem Falle hat man eine Verbreitung auf dem Wege der Incisurae Santorini oder einer Lücke in dem Parotisnische und untere Gehörkanalswand trennenden Perichondrium anzunehmen. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

11) **P. Brunel.** Traitement des otites moyennes aïgues.

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1903. Nr. 23.)

Verf. tritt im Anfangsstadium energisch für lokale Blutentziehungen ein und warnt vor Lufteinblasungen und Ausspülungen von der Tube aus. In der zurzeit viel umstrittenen Frage über Indikation der Parazentese empfiehlt er von Fall zu Fall zu entscheiden und hebt die bekannte Erfahrung hervor, daß trotz der Abwesenheit aller äußeren, lokalen Veränderungen (Schwellung, Rötung usw.) bei fortdauernder, profuser Sekretion das Antrum und der Warzenfortsatz, von Eiter erfüllt, große Zerstörungen aufweisen können; so kann auch bei verhältnismäßig subjektivem Wohlbefinden die Indikation zur Aufmeißlung gegeben sein. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

12) **G. Heermann.** Über akute Nekrose des Warzenfortsatzes und Felsenbeins nach Scharlach.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 22.)

Obiges Krankheitsbild hat H. bereits 13mal im Verlauf des Scharlachs beobachtet. Es stellt sich meist sehr früh, am 2. oder 3. Tage des letzteren, seltener erst in der 2. Woche ein, mit plötzlicher Temperatursteigerung, geringen spontanen, aber heftigen Druckschmerzen am Warzenfortsatz, entzündlicher Schwellung der Weichteile auf diesem und in der weiteren Umgebung, schließlich auch wohl mit Durchbruch des Trommelfells und Eiterentleerung aus dem Mittelohr. Rasch kommt es zum Absterben des zuerst von der Infektion befallenen Warzenfortsatzes, selbst bis zum Os parietale, bis zum Labyrinth usw., seltener nur zur Bildung von kleineren nekrotischen Herden. — Ein frühzeitiges chirurgisches Eingreifen ist dringend nothwendig, um ein weites Umsichgreifen des Nekrotisierungsprozesses zu verhüten. **Kramer** (Glogau).

---

13) **C. Zarniko.** Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propädeutik für Ärzte und Studierende. Zweite, gänzlich umgearbeitete Auflage. Erste Hälfte: Propädeutik.

Berlin, **S. Karger,** 1903. Mit 38 Abbildungen und 3 Tafeln.

In wesentlich erweitertem Umfange bietet uns Verf. vorläufig den I. Teil seines Lehrbuches dar, welcher anatomische und physio-

logische Vorbemerkungen, sowie die allgemeine Pathologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie umfaßt. Vor allem scheint uns die quantitative Berücksichtigung der einzelnen Abschnitte als eine sehr glückliche, indem scheinbar theoretische Tatsachen, soweit sie für den logischen Aufbau einer Diagnose und zielbewußtes, therapeutisches Handeln von Wert sind, erörtert werden; überall werden einschlägige Versuche und darauf gestützte Erklärungen erwähnt, ohne daß Verf. uns seine subjektive Ansicht vorenthält; vor allem tritt dies auch im physiologischen, in den meisten Lehrbüchern gewöhnlich recht stiefmütterlich behandelten Abschnitt hervor; hier wird die Nase als Teil des Atmungs- und Sprachapparates, sowie als Geruchsorgan besprochen. Die Schädlichkeiten der Mundatmung, die von vielen praktischen Ärzten noch immer nicht genügend gewürdigt werden, hebt Z. mit der nötigen Schärfe als Ursache von zahllosen Schädigungen des Organismus hervor, Sprach- und Stimmstörungen, die Beziehungen der Nase zu Ohr, Auge, Hirn und entfernteren Organen werden unter Anführung einer reichhaltigen Literatur kritisch erörtert. Die Technik der Untersuchungsmethoden ist mit großer Genauigkeit durchgeführt, und verrät die Darstellung auch hier überall den erfahrenen Praktiker, der fern von jeder Einseitigkeit die Vor- und Nachteile jeglicher Methode betont, um am Schluß stets das Ergebnis seiner Praxis in wohlbegründeter Weise dem Leser zu empfehlen. Somit wird auch Ref. der Notwendigkeit überhoben, irgend einen absurden Enthusiasmus einzudämmen. Denn daß die Durchleuchtung der Nebenhöhlen, sowie die Röntgenuntersuchung bisher recht spärliche Ergebnisse geliefert, hat Z. mit der Mehrzahl der Rhinologen erfahren. Die Behauptung, daß das »Adrenalin« nach den bisherigen Erfahrungen völlig ungiftig sei, hat sich neuerdings nicht so ganz bestätigt. Im therapeutischen Teile gehen bei den physikalischen usw. Maßnahmen stets erklärende Abschnitte über die Theorie der Wirkung den praktischen Erläuterungen vorauf. Also im ganzen ein auf reicher Erfahrung beruhendes Werk, das in vorzüglicher Darstellung kritisch die Errungenschaften der allgemeinen Rhinologie sichtet und darauf die eigene Meinung aufbaut; überall fühlt man den Zusammenhang mit anderen Disziplinen und der auch dort geübten Praxis. Das Buch zählt unstreitig zu den besten rhinologischen Lehrbüchern und kann aufs wärmste empfohlen werden. Die vorzügliche Ausstattung entspricht vollauf dem Inhalt.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

14) **A. Grosjean.** Le sarcome des fosses nasales, étude critique, description clinique et traitement.

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1903. Nr. 1—3.)

Verf. gibt, angeregt durch drei eigene Beobachtungen von Sarkom der Nasenhöhlen im engeren Sinne, von denen nur einer 9 Monate nach der totalen Entfernung mit partieller Oberkieferresektion noch

rezidivfrei war, eine kritische Übersicht über die 117 interessantesten Fälle dieser Neubildung, von der er im ganzen in der Literatur 178 auffinden konnte. Teilweise stützt er sich auf eine 1897 von Strauss in Würzburg erschienene Arbeit.

Auf Grund dieses Materials versucht er eine eingehende Darstellung des erwähnten Themas zu geben. In anatomischer Hinsicht ist das oft sarkomatöse Aussehen der hämorrhagischen Septumpolypen und die häufige Lokalisation der Sarkome am Septum für die Diagnose beachtenswert, ferner die bei besonders bösartigen Sarkomarten oft ungeheure Ausdehnungsfähigkeit in die Nachbarschaft, wie die Nebenhöhlen, Augenhöhle, Schädelbasis, Hirnhäute und Gehirn. Bei der Ätiologie hält sich G. von jeder gewagten Hypothese fern. Als Anfangssymptome erwähnt er vor allem die häufigen, oft nicht beträchtlichen Blutungen, Neuralgien in den Molarzähnen, Atemstörungen, Nasenverstopfung; als spätere Erscheinungen: übelriechenden Ausfluß, Anosmie, Anämie, das Ausschnauben von Geschwulststücken usw. Anfangs nicht diagnostizierte und behandelte Geschwülste könnten durch Kompression der Tube Taubheit des Tränen-Nasenkanals, Tränenfluß verursachen, sowie Erscheinungen von seiten des Hirns oder Auges. Bei der Differentialdiagnose werden Abszesse, Nasen-Rachenpolypen, Septumpolypen, Tuberkulome, Syphilome und andere Geschwülste berücksichtigt; während das Karzinom an sich seltener sei, nur im Alter vorkomme, stets einen rascheren Verlauf nehme und bald die regionären Drüsen befalle, sei das Sarkom durch die Blutungen, die geringe Fähigkeit zur Bildung von Metastasen, die kolossale Neigung zur Ausbreitung in die Nachbarschaft ausgezeichnet; seine Prognose hänge, wie bei allen Sarkomen, von der histologischen Beschaffenheit ab; im großen und ganzen sei dieselbe aber besser wie bei Sarkomen anderer Körperteile. (Ob nicht mancher sarkomatös scheinende Septumpolyp zur »Verbesserung« der Statistik beiträgt? Ref.) Zur Entfernung auf natürlichem Wege bevorzugt Verf. die Glühschlinge, um Blutungen zu vermeiden. Für die operative Entfernung von außen erörtert er in ausführlicher Weise die Vor- und Nachteile dreier Methoden: 1) Die Spaltung des Gaumens mit eventueller Resektion; 2) die Oberkieferresektion in mehr oder minder großer Ausdehnung und 3) die Aufklappung der Nase; hierfür empfiehlt er am hängenden Kopf oder nach Anwendung der hinteren Tamponade zu operieren. Dies nur einige Punkte aus der sehr sorgfältigen und lesenswerten Arbeit.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

15) **A. Onodi.** Des rapports entre le nerf optique et le sinus sphenoïdal, la cellule ethmoïdale postérieure en particulier.

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1903. Nr. 25.)

Auf Grund einer genauen anatomischen Untersuchung von mehr als 20 Schädeln erläutert Verf. die Varietäten in der Ausdehnung

und Lage der hinteren Siebbeinzelle zum Canalis opticus. Auf sagittalen und frontalen Schnitten werden die verschiedenen Möglichkeiten, soweit sie Verf. beobachtet, dargestellt; die hinterste Ethmoidalzelle kann beiderseits im kleinen Keilbeinflügel oder einerseits oder in der Nähe liegen; sie vermag die untere Wand des Canalis opticus zu bilden, seine Furche oder auch den ganzen Kanal und das Foramen opticum, öfter auch die untere Wand, selten die obere; einmal fand O. keinerlei Beziehungen. Die knöchernen Scheidewände zwischen beiden Gebilden sind durchgängig papierdünn. Während in der Literatur bisher keine genügende Begründung zu finden war, weshalb nur in der Hälfte der Fälle ungefähr bei Keilbeinhöhlenerkrankungen der Sehnerv beteiligt war, eröffnet die Berücksichtigung dieser Siebbeinzelle die Aussicht, in die noch recht unklaren und ungenügend beobachteten Verhältnisse Licht zu bringen. Es liegt nahe, daß bisher oft diagnostische Irrtümer untergelaufen sind und diese Zelle für die Keilbeinhöhle gehalten wurde. Ihre meist papierdünnen Wände gestatten viel eher eine Fortsetzung des Krankheitsprozesses auf den Canalis opticus, als die gewöhnlich dickeren des Sinus sphenoidalis. Die Einseitigkeit der Neuritis optica sollte stets in solchen Fällen auf einen nasalen, die Doppelseitigkeit auf einen intrakraniellen Ursprung hinweisen; auch hierfür könnte die in Rede stehende Beobachtung einen Fingerzeig geben, indem seltener der Sehnerv beiderseits neben der Keilbeinhöhle sich findet, sondern häufiger einerseits dem Sinus sphenoidalis, andererseits der Ethmoidalzelle mit ihren dünnen Wänden benachbart ist. Jedenfalls erfordern die erwähnten Verhältnisse eine eingehende Berücksichtigung, um mehr Klarheit in diese noch recht dunklen Gebiete zu bringen. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

16) **Bourragué.** Les sinuisites maxillaires chez les enfants.

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1903. Nr. 8.)

Während die Literatur über entzündliche Erkrankungen der Nebenhöhlen bei Erwachsenen sich in den letzten Jahren fast ins Unübersehbare gesteigert hat, ist diesen Erkrankungen im Kindesalter wenig Berücksichtigung zuteil geworden. Naturgemäß hängt dies mit der späten Entwicklung der Gesichtshöhlen zusammen; immerhin scheint es Verf. berechtigt, auf Grund mehrfacher Beobachtungen die gesammelten Erfahrungen zusammenzufassen. B. behandelt ausführlich die Entzündungen der Kieferhöhle. Zunächst erörtert er ausführlich die Größen- und Wachstumsverhältnisse bis zum Zahnwechsel, zu dessen Zeit die Kieferhöhle erst ihre definitive Form erlangt. Sodann legt er die Beziehungen des bleibenden (das Milchgebiß bildet sehr selten den Ausgangspunkt für Kieferhöhlenentzündungen) Gebisses zum Sinus maxillaris dar; die einzelnen Zähne werden, soweit sie in Betracht kommen, unter genauer Angabe ihrer Abstände vom Boden des Sinus als Ausgangspunkte für Affektionen

desselben behandelt und als Frequenzskala in absteigender Linie folgende aufgestelt: I. Mol., II. Prämol., II. Mol., I. Prämol., Caninus. In ätiologischer Beziehung kommen die nasalen Ursachen mehr in Betracht als die dentalen; einmal wegen der Häufigkeit der Infektionskrankheiten und der im Anschluß hieran auftretenden Coryza, und außerdem, weil die Milchzähne durch die bleibenden von der Highmorshöhle geschieden sind. Sieben Krankengeschichten von Pat. im Alter von 11—16 Jahren geben ein Bild von dem Verlauf der in Rede stehenden Affektion. Mit Recht betont Verf., daß die schon bei Erwachsenen oft Schwierigkeiten bietende Sondierung des Ostium maxillare bei Kindern erst recht auf Hindernisse stoßen kann. Die Eröffnung von der Alveole aus ist im Kindesalter keine so allgemein anwendbare Methode, da man Gefahr läuft, die definitive Zahnanlage in den Sinus zu stoßen, wo dieselbe als Fremdkörper wirken kann und somit ihrer Funktion verlustig geht. Sonst bietet die Arbeit in symptomatischer, diagnostischer und therapeutischer Hinsicht allbekanntes. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

---

17) **Fuchsig.** Zur Ätiologie und Pathologie der Abszesse der Nasenscheidewand.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 13.)

Bericht über zwei von Lotheissen beobachtete Fälle von Nasenscheidewandabszeß, deren einer traumatischen, der andere rhinogenen Ursprungs war.

Verf. schlägt vor, um den so außerordentlich verschiedenartigen Benennungen der Fälle nicht traumatischen Ursprungs ein Ende zu machen, folgende Einteilung und Nomenklatur der Nasenscheidewandabszesse zu adoptieren:

1) traumatisch mit und ohne Hämatombildung und
   a. rhinogener oder
   b. hämatogener Infektion;
2) nicht traumatisch
   a. rhinogen resp. per continuitatem nach Rhinitis, Erysipel, dentalen Urprungs,
   b. metastatisch, nach Infektionskrankheiten usw.

Verf. hält das namentlich in den Publikationen der letzten zehn Jahre völlige Fehlen der bakteriologischen Untersuchung für befremdend genug. **Hübener** (Dresden).

---

18) **P. v. Bruns.** Über das Rhinophyma.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 1.)

Verf. hat im ganzen 11 Fälle von Rhinophyma beobachtet, davon 8 operiert. Aus diesem Material werden durch Wiedergabe charakteristischer Abbildungen die Gestaltungsarten der immerhin seltenen Geschwulstform vor Augen geführt. Verf. weist darauf hin,

daß diese durchaus gutartige, als Fibrom oder Fibroma molluscum oder Cysto-Adeno-Fibrom zu bezeichnende Neubildung durchaus nicht in der großen Mehrzahl der Fälle auf Alkoholismus zurückzuführen sei, sondern daß wahrscheinlich eine angeborene Anlage die anatomische Grundlage bilde.

Bei der operativen Behandlung kommt entweder die Exzision von je einer Elipse und dem Nasenrücken und der Spitze, sowie aus jedem Nasenflügel in Betracht oder die Dekortikation, die Abschälung der ganzen Nasenhaut unter sorgfältiger Schonung der tiefsten, noch Talgdrüsen enthaltenden Hautschicht.

Blauel (Tübingen).

---

19) **O. Burkard.** Zur operativen Therapie bedrohlicher Blutungen nach Tonsillotomie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 22.)

Ausgehend von dem Gesichtspunkt, daß bei lange anhaltenden Blutungen nach Tonsillotomie die Unterbindung der Carotis communis viel zu gefährlich und schließlich infolge der Anastomosen von der anderen Seite her in dem weichen Gaumen auch nicht einmal absolut sicher ist, daß die Ligatur eines anderen Gefäßes aus denselben Gründen der Anastomose und der Unsicherheit des Ursprungs der die Tonsille versorgenden Arteria tonsillaris, sowie wegen der bislang mangelnden sicheren Kenntnis, ob die Arteria tonsillaris jedesmal das blutende Gefäß darstellt, auch nicht für alle Fälle eine sichere und exakte Blutstillung gewährleistet, hat der verstorbene Nicoladoni den Vorschlag gemacht, in verzweifelten Fällen die Tonsille als blutendes Organ von außen zugänglich zu machen, zu entfernen und den Schlund durch Aneinandernähen der Gaumenbögen zu schließen.

B. gibt diesen Vorschlag seines verstorbenen Chefs in der vorliegenden Mitteilung wie folgt wieder:

Hautschnitt beginnt bei stark nach hinten und der gesunden Seite gewendetem Kopfe etwa 1 cm hinter und unter dem Ansatz des Ohrläppchens und zieht hinter dem aufsteigenden Unterkieferast bogenförmig nach unten und vorn gut einen Finger breit über dem großen Zungenbeinhorn. Platysma und Halsfascie ist möglich nahe dem Unterkieferwinkel zu trennen. Jetzt wird der Unterkiefer mit starkem Haken möglichst in die Höhe gezogen und zugleich der Mandelstumpf vom Munde aus dem Operateur kräftig entgegengedrückt. Dringt man jetzt über dem hinteren Biventerbauch und dem Musc. stylohyoideus nur wenig in die Tiefe, so erreicht man leicht den blutenden Stumpf und die fast senkrecht zur Verlaufsrichtung des Biventer von hinten her ihm zustrebenden Tonsillargefäßchen, die zu unterbinden sind. Die hinter dem Operationsfeld liegenden großen Gefäße bleiben unberührt. Der Musc. styloglossus muß zuvor emporgezogen oder durchschnitten werden. Nach sorgfältiger Blutstillung wird der Rachen eröffnet, der Mandelstumpf

exstirpiert und sogleich der Rachen durch Aneinandernähen der Gaumenbögen von außen oder vom Munde her wieder geschlossen.
Hübener (Dresden).

---

20) **L. V. Orlow.** Pharyngotomie pour l'ablation des tumeurs de la portion buccale du pharynx.

(Revue de chir. XXIII. Jahrgang. Nr. 2.)

Verf. beschäftigt sich mit der Freilegung des mittleren oder bukkalen Rachenabschnitts behufs Exstirpation bösartiger Geschwülste. Der Umstand allein, daß 15 oder 16 verschiedene Operationsmethoden bezw. Schnittführungen angegeben wurden, beweist, daß kein Autor sich vollständig befriedigt fühlt durch die Vorschriften der anderen. O. selbst, der 10mal wegen bösartiger Rachengeschwülste zu operieren Gelegenheit hatte, bediente sich einer Modifikation des Krönlein'schen Verfahrens. Er beginnt seinen Hautschnitt am hinteren Rande des Sternocleidomastoideus und führt ihn im Bogen mit nach abwärts gerichteter Konvexität zur Mitte der Unterlippe — hier gleich bis auf den Knochen. Nach Ausräumung der Drüsen — wenn solche sich auf der anderen Seite der Geschwulst gegenüber befinden, entfernt er diese zuerst — werden die Weichteile vom Unterkiefer bis an den Masseter abgeschoben, der Knochen schräg durchsägt. Der aufsteigende Ast wird nach oben luxiert, das horizontale Stück energisch nach vorn gezogen. Dann ist der Zugang zum mittleren Rachen für Hand und Auge ein vorzüglicher (vgl. Abbildung).

Präliminäre Unterbindung der Carotis und Tracheotomie können in der Regel unterbleiben, haben aber ihre Indikationen. Im Notfall läßt sich auf den ersten Schnitt ein zweiter am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus entlang legen, der Drüsen und Gefäße zugängig macht. Die Kieferdurchsägung ist nicht zu entbehren bei der Entfernung großer und bösartiger Geschwülste, höchstens bei wenigen gutartigen Neubildungen.

Die übrigen bisher angegebenen Operationsmethoden werden einer kurzen Kritik unterzogen, die Krankengeschichten von des Verf. eigenen Fällen kurz mitgeteilt. Von seinen zehn Operierten verlor O. nur einen an Hämorrhagie nach elf Tagen; bei den anderen ließ das Rezidiv nicht lange auf sich warten. **Christel** (Metz).

---

21) **E. Fraenkel.** Über Erkrankungen des roten Knochenmarks, besonders der Wirbel, bei Abdominaltyphus.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 2.)

Durch die Aufstellung der Spondylitis typhosa durch Quincke wurde F. veranlaßt, systematisch die Wirbel an Typhus Gestorbener zu untersuchen. Da die typhöse Spondylitis sich mit Vorliebe am Übergang der dorsalen in die lumbale Wirbelsäule zu lokalisieren

scheint, so nahm F. gewöhnlich die beiden untersten Brust- und die obersten Lendenwirbel. 13 Leichen standen ihm zu Gebote; von allen wurden die genannten Wirbel mikroskopisch untersucht; 10 davon auch bakteriologisch. Es ergab sich das sehr bemerkenswerte Resultat, daß in allen diesen 10 Fällen im Mark der Wirbel mittels Kulturverfahrens auf Agarplatten Typhusbazillen nachzuweisen waren, indes nicht immer in gleicher Menge und nicht einmal in allen Wirbeln eines und desselben Falles in annähernd gleicher Zahl. In einem dieser Fälle enthielt die Niere Abszeßchen, und im Marke der Wirbel ließen sich neben Typhusbazillen Staphylokokken nachweisen; ein anderer starb an fibrinöser Pneumonie, in den Wirbeln fand sich neben Typhusbazillen der Diplokokkus lanceolatus. Dieses konstante Vorkommen von Typhusbazillen im Mark der Wirbelknochen gibt einmal einen wichtigen Hinweis auf die Bedeutung des Knochenmarks bei Infektionskrankheiten, sodann auf die Entstehung der Knochenerkrankungen nach Typhus.

Die mikroskopische Untersuchung ergab neben nekrotisierenden Prozessen, Blutextravasaten, Ansammlung von Leukocyten, wie sie auch bei anderen Infektionskrankheiten vorkommen, noch Veränderungen, welche F. als spezifisch für Typhus betrachtet: Netze feinster Fibrinfasern, in deren Maschen nekrotische Zellen oder deren Trümmer liegen.

Der Nachweis der Typhusbazillen im Mark der Wirbelknochen kann in zweifelhaften Fällen auch diagnostisch von entscheidender Bedeutung sein; denn F. fand sie auch in Fällen, bei denen intra vitam der Nachweis der Typhusbazillen im Blut mißlang.

Haeckel (Stettin).

---

22) **Cuno.** Fixierte Tuben und Bolzenkanülen bei erschwertem Decanulement. (Aus dem Dr. Crist'schen Kinderhospital in Frankfurt a. M.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 18.)

Bei erschwertem Decanulement nach Tracheotomie wird zur Fixierung der Tuben im Kehlkopf in folgender Weise vorgegangen: Zuerst wird das Kind mit dem seinem Alter entsprechenden Röhrchen intubiert, an letzterem sodann von der Luftröhrenfistel aus die der Höhe der Fistel entsprechende Stelle durch einen Messerstrich markiert. In der Höhe des eingekratzten Striches werden dann zwei feine Löcher durch die vordere Tubenwand gebohrt und durch sie ein Seidenfaden gezogen. Nach Armierung der Tube wird der Mandrin eines gewöhnlichen Belloque, nachdem an sein Ende ein Faden geknüpft ist, von der Trachealfistel aus durch den Kehlkopf zum Mund herausgeschoben. Mit letzterem Faden wird der erstere Tubenfaden (Fixierfaden) verknüpft und in gewöhnlicher Weise intubiert, wobei der aus der Trachealfistel heraushängende Fixierfaden heruntergezogen wird und sodann, um die Fistel weit offen zu hal-

ten, ein Drainrohrstück über den Fixierfaden geschoben, letzterer über einen Gazebausch geknüpft. Die so fixierte Tube kann bis 14 Tage liegen bleiben. Kommt man auf diese Weise nicht zum Ziele, so werden rechtwinklig gebogene Bolzenkanülen zur Dilatation benutzt.

Kramer (Glogau).

---

23) **A. Dangchat.** Beiträge zur Genese, Pathologie und Diagnose der Dermoidcysten und Teratome im Mediastinum anticum.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 3.)

Verf. fügt einer 42 Nummern enthaltenden Zusammenstellung aus der Literatur über Dermoidcysten und Teratome des vorderen Mediastinum zwei weitere Fälle hinzu. Der erste, aus der Rostocker Klinik stammende Fall betraf ein 12jähriges Mädchen, der zweite, welcher in der Königsberger Klinik zur Beobachtuug und Operation kam, ein 18jähriges Mädchen.

Auf Grund dieser Kasuistik bespricht Verf. dann die Genese, Pathologie, Diagnose, Therapie und Prognose der seltenen, aber ohne Behandlung sicher zum Tode führenden Erkrankung. Er kommt dabei zu dem Resultat, daß die Dermoidcysten des Mediastinum anticum auf eine Inclusio Foetus in Foetu zurückzuführen sind. Die meist langsam verlaufende Krankheit tritt am häufigsten zur Zeit der Pubertät oder ersten Geschlechtsreife auf. Für die Diagnose entscheidend ist der Nachweis von Haaren im Auswurf, der Nachweis von Plattenepithelien und Cholestearinkristallen in einer etwaigen Punktionsflüssigkeit und eine lange Zeit bestehende Vorwölbung des Brustkorbs. Die Therapie kann nur dann Erfolg haben, wenn sie die Exstirpation der Dermoidcyste oder deren Verödung anstrebt. Die Prognose, die ohne Operation absolut ungünstig ist, wird durch einen zweckmäßigen Eingriff nahezu günstig.

Blauel (Tübingen).

---

24) **H. W. Berg.** Pulmonary syphilis simulating pulmonary tuberculosis.

(New York med record 1902. Dezember 13.)

B. hat in den letzten zehn Jahren zahlreiche Fälle gesehen (von denen er einen als Typus publiziert), welche zwar die physikalischen Symptome von Lungenphthise, aber im allgemeinen einen von dieser Erkrankung verschiedenen Verlauf darboten. Die Diagnose ist selbst auf dem Sektionstisch unter Umständen schwierig. Verf. glaubt, wenn positive syphilitische Symptome anderweitig vorliegen, wenn die Behandlung ungenügend war und ein subakuter oder chronischer Charakter der Lungenerkrankung vorliegt, selbst bei Anwesenheit von Tuberkelbazillen eine antisyphilitische Kur empfehlen zu müssen.

Schon nach zehn Tagen zeigt sich Besserung bei Syphilitikern und eher Verschlimmerung bei rein Tuberkulösen.

1) Die syphilitische Phthise ist niemals foudroyant, ergreift am häufigsten den rechten oberen Lappen und kann zufällig mit Tuberkulose einhergehen.

Die Lungensyphilis manifestiert sich noch in drei anderen Formen, nämlich:

2) als subakute oder chronische Pneumonie (aber Fehlen von rostbraunem Sputum bei leichteren Symptomen als bei der Pneumokokkeninfektion, Abwesenheit von Pneumokokken). — 3) Fälle von Lungengummata mit Fibrose, Bronchialstrikturen, Stenose, Atelektase. 4) Abszesse nach Durchbruch syphilitischer Bronchialdrüsen und Gummata mehrerer Organe.

Die kongenitale Fibrose und Atelektase wird erwähnt, ebenso die Bronchitis der Frühperiode. **Loewenhardt** (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

Rippenresektion bei schwerer Skoliose.

Von

Dr. **Peter Bade** in Hannover.

Die Überschrift könnte den Glauben erwecken, als habe ich, einem früheren Vorgehen Hoffa's folgend, zu Messer und Knochenzange gegriffen, um die Rippen eines hochgradigen skoliotischen Rippenbuckels zu resezieren und sein Volumen auf die Weise zu reduzieren.

Das ist nicht der Fall. Es handelt sich vielmehr um eine Rippenresektion bei schwerer Skoliose aus symptomatischen Gründen.

Ein 33jähriger Herr, der an einer hochgradigen rechtskonvexen Kyphoscoliosis dorsalis litt, klagte hauptsächlich über Beschwerden im linken Hypochondrium.

Er müsse viel sitzend arbeiten und könne das nicht lange aushalten, weil er dann bei jeder Atembewegung einen bohrenden Schmerz in der Seite verspüre. Dieser nehme namentlich beim Essen an Intensität zu.

Die Untersuchung ergab einen hochgradig deformierten Brustkorb. Der spitze rechtsseitige hintere Rippenbuckel ging, fast rechtwinklig von dem letzten Halswirbel abbiegend, ca. 20 cm nach rückwärts. Die konkave Seite war so eingefallen, daß es möglich war, an die laterale Seite der Wirbelsäule eine Röntgenplatte fest anzudrücken und so eine seitliche Röntgenographie des Buckels und der Wirbelkörper herzustellen. Die Wirbel des Rippenbuckels waren zu einer starren unnachgiebigen Masse verwachsen. Der vordere linksseitige Rippenbuckel war nicht so hochgradig. Er war vielmehr bei der vorderen Brustseite ziemlich gleichmäßig nach vorn verbreitert, doch war die linke Brustseite etwas gesenkt. Bei der Atmung in horizontaler Rückenlage konnte man unter dem linken Rippenbogen eine Rippe — die 7. — sehen und fühlen, wie sie mit ihrem sternalen Ende nicht am Brustbein fixiert war, sondern bei der Atmung sich mit ihrem freien Ende unter den Rippenbogen schob und die dort darunterliegenden Teile anspießte und dadurch die Schmerzen verursachte. Drang ich mit den Fingern unter den Rippenbogen, schob ich das freie Ende der Rippe über den Rippenbogen hinüber und fixierte sie dort durch Druck mit den Fingern, so hörte der Schmerz auf. Es war also klar, daß sich die 7. Rippe vom Sternum losgelöst hatte und mit ihrem freien Ende das Peritoneum anspießte.

Ich riet zu einem operativen Eingriff. Da die Schmerzen sich im Laufe einer 8wöchigen Beobachtungszeit nur vermehrten, schritt ich am 6. Mai zur Operation. Wegen der Gefahr der Narkose, war meine Absicht unter Schleich zu operieren. Ich gab jedoch dem Wunsche des Pat. nach und ließ chloroformieren.

Der Operationsplan war, durch eine Silberdrahtnaht die frei pendelnde Rippe an der darüberliegenden zu fixieren.

Da jedoch gleich nach dem Hautschnitt eine schwere Asphyxie und ganz kläglicher Puls eintrat, verzichtete ich darauf, sondern resezierte in größter Eile von der Rippe ein etwa 8 cm langes Stück.

Pat. kam nach den üblichen etwa 10 Minuten fortgesetzten Manipulationen wieder zu sich. Am 7. ließ ich Pat. aufstehen.

Am 10. Mai war die Wunde prima geheilt und Pat. seit der Zeit von seinen Beschwerden befreit. Das resezierte Stück Rippe hatte die Form eines Eberzahnes und war an seinem sternalen Ende mit einem kleinen, beweglichen, harten Widerhaken versehen, der offenbar bei jeder Atembewegung das Peritoneum gereizt hatte.

Der knorpelige Teil der Rippe war nicht mehr breit im Durchschnitt, sondern durch die Reibung rund geworden.

---

25) 70. Jahresversammlung der British med. association zu Manchester 29. Juli bis 1. August 1902.

(Brit. med. journ. 1902. Oktober 25 u. November 8.)

A discussion on the treatment of inoperable cancer.

Henry Morris unterzieht die Versuche, welche zur Behandlung der Krebse, namentlich der inoperablen, gemacht worden sind, einer eingehenden Besprechung und kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1) Die bakterielle Therapie hat beim Krebs nicht den geringsten Wert. Die Behandlung mit dem Coley'schen Gemenge von Streptokokken- und Prodigiosustoxinen hat nur Einfluß bei einem gewissen Prozentsatz von Spindelzellensarkomen. Die übrigen Sarkomformen werden nicht beeinflußt. Zudem ist die Behandlung nicht ungefährlich.

2) Die Behandlung nach Beatson (Exstirpation der Ovarien, Thyreoidextrakt) ist beschränkt auf das Mammakarzinom und dessen lokale und regionären Rezidive. Nur ein kleiner Teil der Fälle wird beeinflußt. Ein Wert als Heil- oder Palliativverfahren ist dem Vorgehen nicht beizumessen.

3) In der Behandlung des Ulcus rodens scheint durch die Einführung der Finsen'schen Licht- und der Röntgenstrahlenbehandlung ein bemerkenswerter Fortschritt gemacht worden zu sein. Doch sind auch Mißerfolge zu verzeichnen.

4) Die beste Behandlung des Karzinoms ist die frühzeitige radikale Exstirpation. Alle anderen Versuche, den Krebs zur Heilung zu bringen, sind bisher gescheitert.

Beatson weist auf die Verschiedenheit im Verlauf des Karzinoms und auf das Vorkommen von Spontanheilungen hin. Bei der Behandlung der inoperablen Krebse kommen in Betracht die Allgemeinbehandlung und spezielle therapeutische Maßnahmen.

Jene hat sich zu richten gegen 1) Blutungen, 2) Erschöpfung durch übermäßige Sekretion, 3) Blutvergiftung bei septischem Zerfall der Geschwulst, 4) nervöse Erschöpfung, 5) Komplikationen seitens der Eingeweide, 6) Strikturen im Verlauf lebenswichtiger Organe. Als Beruhigungsmittel empfiehlt B. dringend das Phenacetin. Beim Mastdarmkrebs ist im allgemeinen dem Kranken mit der Kolostomie mehr gedient als mit der Resektion. Thyreoidextrakt wirkt stimulierend auf das Lymphgefäßsystem und erzeugt größere Widerstandsfähigkeit des letzteren gegen das Eindringen der Epithelzellen. Die Oophorektomie scheint in gewissen Fällen von inoperablem Mammakarzinom imstande zu sein, das Leben zu verlängern und die Schmerzen zu verringern. Heilwert kommt ihr nicht zu.

Thomas Bryant erörtert die Behandlung des inoperablen Mammakrebses mittels Röntgenstrahlen. Er teilt drei diesbezügliche Fälle mit, bei welchen die Behandlung wegen Rezidivs eingeleitet worden war. Die lokalen Erscheinungen schwanden, eine der Kranken war 7 Monate, eine andere 4 Monate nach Schluß der Behandlung ohne irgendwelche wahrnehmbaren Erscheinungen. Die dritte Pat. ging 5 Monate später unter Gehirnsymptomen, vielleicht an einer Hirnmetastase, zugrunde. B. nimmt auch die Möglichkeit der Einwirkung auf den Krebs innerer Organe an. Er hat bei einem alten Manne mit Mastdarmkrebs, bei dem Kolostomie in Betracht gezogen wurde, den Damm den Röntgenstrahlen ausgesetzt mit dem Erfolg, daß die Schmerzen nachließen und die Striktur durchgängig wurde. Alles in allem ist B. der Meinung, daß die Röntgenstrahlen von großem therapeutischem Werte sind.

R. Wild sieht die Hauptaufgabe der Therapie darin, die Schmerzen zu mildern und den Ernährungszustand nach Möglichkeit aufrecht zu halten. Der ersteren Indikation genügt in noch nicht weit vorgeschrittenen Fällen das Phenacetin, in späteren Stadien Opium und Morphium. Wird die Dosis zu groß, so kann man dieselbe dadurch wieder herabsetzen, daß man für einige Tage kleine Gaben von Hyoscin. hydrobrom. verabfolgt. Zur Hebung des Ernährungszustandes werden gut dosierte Gaben von Alkohol empfohlen. Thyreoidextrakt verwirft er.

W. F. Brook glaubt, daß der Wert der Behandlung mittels Röntgenstrahlen schon nicht mehr bestritten werden kann. Es handelt sich nur darum, bestimmte Indikationen ausfindig zu machen. Ein Hodensackkrebs verkleinerte sich nach sieben Sitzungen um die Hälfte. Bei einem Karzinom der Unterlippe, welches schon auf den Kiefer übergegriffen hatte, konnte kein Erfolg erzielt werden; ebenso wenig bei einem Mastdarmkrebs, welcher durch Sphinkterspaltung zudem noch zugänglich gemacht worden war. Dagegen war bei drei Brustkrebsen eine weitgehende Besserung zu verzeichnen.

Jesset hat in zwei Fällen von Brustkrebs mit der Radiotherapie schlechte Erfahrungen gemacht. Bei Ulcus rodens kamen große Geschwürsflächen zur Vernarbung, doch trat späterhin ein Rezidiv ein.

Ferguson sah einmal unter Einwirkung von Röntgenstrahlen eine deutliche Verlangsamung des Wachstums eines Mammakarzinoms. Im übrigen tritt er für eine ausgedehntere Anwendung einer Chlorzinkpaste ein, nach deren Applikation er verschiedentlich eine völlige Heilung beobachtet haben will.

Lavell Drage will von subkutanen Injektionen einer 10%igen Lösung von zimtsaurem Natron Nutzen gesehen haben.

Herbert Snow glaubt nicht an eine Spontanheilung eines Karzinoms; dagegen könne wohl eine Atrophie eintreten, welche durch Anwendung von Opium begünstigt werde. Alkoholgaben hält S. für schädlich.

Horace Mauders empfiehlt die Anwendung hochgespannter elektrischer Ströme, welche er als ein Stimulans für das Zellprotoplasma und als ein die Krebserreger schädigendes Mittel ansieht.

Paul Bush hat nicht einen Fall von dauernder Besserung durch Radiotherapie beobachtet.

McFeely empfiehlt die Anwendung des Formalins. Dieselbe ist indessen sehr schmerzhaft, so daß Narkose erforderlich ist.

A discussion on tuberculosis of the testis, prostate and seminal vesicles.

Sir Thomas Myles: Die Tuberkulose der Prostata und der Samenblasen ist fast ausnahmslos eine Sekundärerscheinung, der eine Hodentuberkulose vorausgeht; andererseits ist an dem Vorkommen einer primären Hodentuberkulose nicht zu zweifeln. Je nach dem Grade der Erkrankung unterscheidet M. folgende Gruppen:

1) Fälle, in welchen nur ein oder zwei Knoten am Hoden vorhanden sind bei einem kräftigen Individuum, welches weder Zeichen von Allgemeininfektion noch eine Vergrößerung der Prostata oder der Samenbläschen aufweist.

2) Fälle, ähnlich den vorigen, jedoch verbunden mit leichter Vergrößerung der Prostata und der Samenblasen meist bei weniger gutem Kräftezustand des Kranken.

3) Fälle von vielfacher Knotenbildung und Auftreten von Abszessen, Hoden stark vergrößert, Haut mit Fisteln durchsetzt, Prostata usw. ohne nachweisbare Veränderungen.

4) Fälle wie vorhin, jedoch mit Beteiligung der Prostata usw.

5) Fälle, bei welchen beide Hoden erkrankt sind.

6) Fälle mit Lungen- bezw. anderweitiger Infektion.

Für die erste Gruppe hält M. eine partielle Operation für ausreichend. Die Knoten werden freigelegt und ohne Rücksicht auf anatomische Erwägungen reseziert. Der Grund wird mit 10%iger Formalinlösung ausgewischt und die Wunde geschlossen. Unter dieser Behandlung kommt eine Reihe der Fälle zur Heilung, bei anderen tritt Eiterung ein, und die Heilung bleibt aus, bei einigen tritt eine neue Eruption von Tuberkelknötchen auf. Führt die partielle Operation nicht zum Ziele, dann ist Orchektomie am Platze.

Bei der zweiten Gruppe hat M. sehr wenig Zutrauen zur chirurgischen Behandlung, wenn die Operation auch technisch keine unüberwindlichen Hindernisse bietet. Der Hoden kann von einem Schnitt in der Weiche aus entfernt werden, ebenso das Vas deferens in seiner ganzen Länge. Die Samenblasen ebenso wie die Prostata kann man vom Damm aus in Angriff nehmen. Den Wert solcher Operationen hält indessen M. für sehr problematisch, da die völlige Wegschaffung sämtlicher tuberkulöser Herde doch kaum möglich erscheint. M. gibt zu, daß eine Reihe solcher Operationen ein gutes Resultat aufzuweisen haben, betont aber demgegenüber, daß in solchen Fällen die Krankheit lange Zeit hindurch stationär bleibt, bis irgendeine geringfügige Ursache den Anlaß zum Ausbruch einer allgemeinen Tuberkulose gibt.

Die Exstirpation des Hodens ist am Platze bei Fällen mit schon bestehender Eiterung und wenn Prostata und Samenblasen schon in Mitleidenschaft gezogen sind. Hier ist es weniger Aufgabe der Therapie, eine vollständige Heilung herbeizuführen, als vielmehr durch Wegschaffung des für den Kräftezustand des Organismus gefährlichsten Herdes größere Widerstandsfähigkeit gegen die Allgemeininfektion zu erzielen.

Bei Beteiligung beider Hoden ist doppelseitige Kastration dann zuzugeben, wenn der Eingriff zur Erhaltung des Lebens unbedingt erforderlich erscheint.

Bei den Fällen endlich, bei welchen schon deutliche Zeichen einer Allgemeininfektion sich geltend machen, kommt die Operation nicht in Betracht.

Auch bei der Blasentuberkulose steht M. dem Werte der operativen Behandlung sehr skeptisch gegenüber. Gründliche lokale Behandlung ist wegen des Zusammenfallens der Blase nach der Eröffnung sehr erschwert, Perforationen der dünnen Blasenwand können beim Ausschaben leicht mit unterlaufen, und eine Infektion des Beckenbindegewebes ist nach der Sectio alta nichts Ungewöhnliches. Auf der anderen Seite bietet der Weg vom Damm aus zu wenig Raum, und liegt die Gefahr einer Prostatainfektion nahe. Die meiste Aussicht auf Erfolg bieten isolierte tuberkulöse Geschwüre an den oberen vorderen oder seitlichen Partien der Blase, bei welchen die Resektion der Blasenwand Heilung bringen kann. Meist aber sitzen die Geschwüre am Trigonum, wo die Resektion auf erhebliche Schwierigkeiten stößt. In einer beschränkten Anzahl von Fällen glaubt M. von einer Kombination des suprapubischen und des perinealen Weges Nutzen gesehen zu haben, wobei auf dem letzteren die Drainage der Blase erfolgt. Aber auch damit sind die Erfolge nicht immer befriedigend. Isolierte Tuberkulose der Samenbläschen hält M. für sehr selten, erkennt aber an, daß dabei auf chirurgischem Wege gute Resultate zu erzielen sind. Im ganzen steht M. betreffs des Wertes der operativen Behandlung der Genitaltuberkulose auf einem sehr pessimistischen Standpunkt.

N. Senn teilt den konservativen Standpunkt von M. und ist auch der Meinung, daß die chirurgische Behandlung eng gezogene Grenzen hat. Bei Erkran-

kung der Blase empfiehlt er die Applikation von Jodoform. Bei beiderseitiger Erkrankung der Genitalorgane lehnt er die Operation ab.

F. C. Valentine nimmt einen Zusammenhang der Tuberkulose mit Gonorrhöe an.

Murphy hat von Ausschabung tuberkulöser Blasengeschwüre wenig Erfreuliches gesehen, dagegen mit der Exstirpation isolierter tuberkulöser Herde aus dem Hoden gute Resultate erzielt.

Lloyd hält den Einfluß, welcher der Gonorrhöe auf die spätere Entwicklung der Tuberkulose eingeräumt wird, für übertrieben. Die Erkrankung tritt in Prostata und Samenblasen häufig primär auf. Letztere hat er vom Perineum aus exstirpiert und dabei gute Resultate gehabt. Die Erkrankung der Blase hält er allemal für sekundär, entweder infolge von Nieren- oder von Genitaltuberkulose.

W. Macewen hat mit der Exstirpation der tuberkulösen Herde sehr gute Erfolge erzielt.

Rutherford Morison teilt nicht den pessimistischen Standpunkt, der vorher zum Ausdruck gekommen war. Wenn auch eine völlige Heilung selten ist, so gelingt es doch bei dem äußerst chronischen Verlauf der Urogenitaltuberkulose, den Kranken arbeitsfähig zu erhalten und ihm ein nahezu schmerzfreies Dasein zu sichern. Bei ausgedehnter Tuberkulose des Generationssystems, wenn Hoden, Prostata und Samenbläschen ergriffen sind, ist eine vollständige Entfernung der erkrankten Partien unmöglich, doch aber die Exstirpation des erkrankten Hodens angezeigt, um die Heilung zu unterstützen. Im übrigen ist, wie bei jeder chirurgischen Tuberkulose, Ruhe ein Haupterfordernis für den Kranken.

Southam hat fünfmal die totale Kastration wegen doppelseitiger Hodentuberkulose ausgeführt, ohne daß Störungen der geistigen Funktion eintraten. Wenn die Erkrankung vom Hoden auf die Samenblasen und Blase übergreift, soll die Kastration oder Epididymektomie imstande sein, das weitere Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten.

Edmund Owen: Two cases of chronic pancreatitis treated by laparotomy.

O. teilt zwei diesbezügliche Fälle mit. Im ersten handelt es sich um einen 62jährigen, hochgradig ikterischen Mann, bei welchem eine bösartige Geschwulst des Pankreas angenommen wurde. Bei der vorgenommenen Probelaparotomie wurde eine mächtige, fast das ganze Pankreas einnehmende Geschwulst festgestellt. In der Annahme der bösartigen Natur derselben, wurde die Bauchhöhle wieder geschlossen. Der Mann erholte sich und wurde wieder vollständig arbeitsfähig.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 30jährige Frau, welche 3 Jahre vorher wegen septischer Endometritis in Behandlung gewesen war. Seit $1^1/_2$ Jahren litt sie an Schmerzanfällen in der Lebergegend, welche im Anschluß an die Mahlzeiten auftraten. Unter starker Gewichtsabnahme entwickelte sich im Epigastrium eine schmerzhafte Geschwulst und schwerer Ikterus. Bei der Operation fanden sich nicht die vermuteten Gallensteine, dagegen eine faustgroße Geschwulst im Kopfe des Pankreas und eine diffuse Verhärtung des übrigen Drüsengewebes. In Hinsicht auf den guten Erfolg der Laparotomie im ersten Falle wurde die Bauchhöhle geschlossen mit der Absicht, wenn der Ikterus nicht zurückginge, späterhin eine Kommunikation zwischen Gallenblase und Darm anzulegen. Der Ikterus hielt an, doch wurde das Allgemeinbefinden besser. Die Kranke entzog sich schließlich der weiteren Behandlung, doch soll eine Heilung nicht eingetreten sein, so daß O. späterhin bedauerte, nicht dem Vorschlag Robson's gefolgt zu sein und die Gallenblase drainiert zu haben.

Griffiths hat in einem Falle von chronischer Pankreatitis, welche sich im Anschluß an Typhus entwickelt hatte, mit der Drainage der Gallenblase einen vollen Erfolg erzielt. Die Gallenfistel schloß sich innerhalb 4 Wochen.

Dalziel wirft die Frage auf, ob die Verhärtung des Pankreaskopfes tatsächlich die Ursache des Ikterus ist, und ob nicht Ikterus und die Pankreatitis Folgen einer gemeinschaftlichen Ursache, der Blockierung des gemeinsamen Ausführungsganges waren. In zwei Fällen konnte eine Ursache für die Pankreatitis nicht

entdeckt werden, und abgesehen von den zur Sicherung der Diagnose erforderlichen Manipulationen, wurde kein weiterer Eingriff ausgeführt. Nichtsdestoweniger kamen die Fälle innerhalb kurzer Zeit zur völligen Heilung. In einem anderen Falle fand sich ein Stein im Ductus pancreaticus. Derselbe wurde durch das Duodenum hindurch entfernt. Die Öffnung im Ductus wurde mit der Wunde in der hinteren Wand des Duodenum vernäht.

Thomas Myles fand bei einem jungen Manne mit Magendilatation eine starke Verhärtung des Pankreaskopfes und eine mit Steinen gefüllte Gallenblase. M. entleerte die Steine und versenkte die Gallenblase. Es trat völlige Genesung ein.

Rushton Parker: Experiences in the exstirpation of tuberculous lymph glands during the last thirty years.

P. tritt energisch für die Exstirpation tuberkulöser Lymphknoten sowohl in milderen wie auch in schon weiter fortgeschrittenen Fällen ein. Er hat im ganzen innerhalb 30 Jahren 318mal operiert, hauptsächlich wegen Tuberkulose der Halsdrüsen. Das Alter der Kranken schwankte zwischen $1^1/_2$ und 60 Jahren. Ein 17jähriger Bursche ging an einer sekundären Blutung aus der Vena jugularis zugrunde, ein anderer 3 Wochen nach der Operation an Herzlähmung. Spätere Todesfälle infolge von allgemeiner Tuberkulose sind P. nur vier bekannt geworden.

Weiss (Düsseldorf).

(Schluß folgt.)

---

26) F. Berndt (Stralsund). Zur Empfehlung der Witzel'schen Äthertropfnarkose.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 20.)

B. hat mit der Witzel'schen Methode der Ätherbetäubung so gleichmäßig gute Resultate erhalten, daß er dieselbe nur aufs wärmste empfehlen kann. Er verwendet sie ohne vorgängige Morphineinspritzung und läßt den Äther ganz langsam auf eine gewöhnliche Maske auftropfen, nachdem Pat. angefangen, von 200 an rückwärts zu zählen und dabei tief zu inspirieren. Nachdem eine gewisse Einschläferung des mit dem Kopfe tiefgelagert und rückwärts gebeugt gehaltenen Kranken erreicht ist, werden ganz langsam einige Tropfen Chloroform gegeben und nach Erlöschen des Cornealreflexes mit Äther fortgefahren, an dessen Stelle bei Unruhe des Pat. eventuell wieder etwas Chloroform aufgegossen wird. Nach der Narkose wird der Operierte zu systematischem Tiefatmen angehalten. Erbrechen trat nur in 13% der Fälle nach dem Erwachen auf, ohne länger anzudauern. Bronchitis und ähnliches wurde selbst bei alten Leuten nicht beobachtet.

Kramer (Glogau).

27) C. Longard. Beitrag zur Äthernarkose. Bericht über 2700 Äthernarkosen aus dem Krankenhause Forst-Aachen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 24.)

L. benutzt zur Äthernarkose die von ihm und Wagner im Zentralblatt für Chirurgie 1898 Nr. 48 empfohlene Maske, die den Ätherverbrauch sehr zu beschränken und den Äther nur mit Luft gemischt zu verabreichen ermöglicht. Ein Erregungsstadium fehlt bei dieser Art von Narkose; Morphin und Chloroform sind dadurch überflüssig. L. rühmt den guten und schnellen Verlauf der Betäubung und erkennt keine Kontraindikation für diese Äthernarkose an, da die Schleim- und Speichelabsonderung bei ihr gering ist, Reizerscheinungen von seiten der Luftwege und besonders der Lungen ausbleiben; wenigstens glaubt Verf. die nach Laparotomien von ihm beobachteten Pneumonien nicht auf die Äthernarkose, sondern auf Embolien, Aspiration von Erbrochenem usw. zurückführen zu dürfen. Die von anderen beobachteten unangenehmen Nebenwirkungen sind nach L. nicht Folgen des Äthers als solchen, sondern nur bedingt durch die gleichzeitige Kohlensäureintoxikation des Organismus und vermeidbar durch die reichliche Zufuhr

atmosphärischer Luft. Die L.'sche Maske ermöglicht dies in sicherer Weise und gleichzeitig der CO_2-reichen Ausatmungsluft, durch ein unteres Ventil zu entweichen. **Kramer** (Glogau).

28) H. H. Everett. Total respiratory failure from ether: artificial respiration for over four hours; recovery.

(New York med. record 1903. Mai 23.)

Bei einer Appendektomie mit Kochsalzwaschung der Bauchhöhle — bei der Narkose wurden weniger als 100 ccm Äther verbraucht — mußte wegen Atmungsstillstand 4 Stunden und 20 Minuten künstliche Atmung gemacht werden, bis die Gefahr vorüber war.

Während dieser Zeit wurden Strychnin, Atropin sowie Adrenalinchlorid gegeben, rektale Injektionen von Kochsalzlösung, Branntwein und heißem Kaffee gemacht und Dilatation des Sphinkter ausgeübt.

Die Pupillen blieben während der 4 Stunden kontrahiert und die Pupillarreflexe fehlten. Auch am nächsten Tage wurde noch Adrenalin aller 2 Stunden 10 Tropfen gegeben, da diesem Mittel die beste anregende Wirkung zugeschrieben wird. **Loewenhardt** (Breslau).

29) S. Flatau (Nürnberg). Über die Anwendung der Morphium-Skopolaminnarkose in der Gynäkologie.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 28.)

Die Narkose gelang in 22 von 30 Fällen vorzüglich. In 2 anderen waren die Kranken sehr erregt, so daß mit Chloroform nachgeholfen werden mußte, in 5 weiteren zwar unruhig, doch ließ sich die Operation ohne Zuhilfenahme eines weiteren Narkotikums zu Ende führen. In 3 Fällen wurde die Narkose wegen der voraussichtlichen langen Dauer und Schwere der Operation von vornherein mit der Einatmung von etwas Chloroform verbunden. Trotz sorgfältiger Auswahl der Fälle (Probeinjektion am Abend vor der Operation), hatte F. einen Todesfall als Folge der Narkose zu beklagen; die Pat. starb 7 Stunden später an Herzlähmung, die Verf. auf die schädigende Wirkung des Morphium und Skopolamins auf das Herz zurückführt, da in all seinen Fällen stets eine ganz bedeutende Pulsbeschleunigung auf der Höhe der Narkose, gleichzeitig mit Abflachung der Pulswelle zu beobachten war. F. warnt deshalb vor weiterer Anwendung der Schneiderlin-Korff'schen Narkose in ihrer jetzigen Methode.

Kramer (Gogau).

30) C. E. Skinner. X-light in therapeutics.

(New York med. record 1902. Dezember 27.)

Verf. rät zu weitgehender Anwendung der Röntgenstrahlen. Bei Neuritis und Anthrax sind die Erfolge überraschend, bei Lupus vulgaris und erythematosus außer Diskussion; bei Epitheliom wurde oft eine Kombination mit spastischen Entladungen bei negativer Isolation des Pat. angewendet.

Die Theorien der Einwirkung auf die Krebszellen werden erörtert und bei tiefsitzenden bösartigen Prozessen die hin und wieder beobachtete allgemeine Kachexie, eine im Anschluß an die Röntgenbehandlung auftretende Toxämie, besprochen.

Von 33 Fällen von tiefsitzendem Krebs, welche S. in den letzten 9 Monaten behandelte, zeigten 3 völlige Heilung, 13 fortschreitende Rückgänge; 14 Geschwülste blieben unbeeinflußt. Ebenso konnten 14mal augenscheinliche zeitweilige Toxämien beobachtet werden. Es handelte sich aber durchweg um inoperable Fälle. Schmerzen wurden außerordentlich günstig beeinflußt. — In operablen Fällen kann teils vor, teils nach der Operation durch X-Strahlen der Erfolg verbessert werden. Ein Fall soll nicht für Röntgenstrahlen aufgegeben werden, bevor er 6 Wochen lang behandelt und 3 Wochen lang nachher weiterbeobachtet wurde.

Dermatitis ist nicht notwendig Folge. Gute Resultate wurden erzielt durch Gebrauch eines Rohres von hohem Vakuum mit starker Influenzmaschine. Bezüglich Vermeidung der Dermatitis ist letztere dem Induktorium bei gleich intensiver Heilwirkung überlegen: es wird erst nach 15 Minuten eine Reizung hervorgerufen, wie sie sonst schon nach 10 Minuten auftritt.

Loewenhardt (Breslau).

31) W. B. Coley. The present status of the X-ray treatment of malignant tumors.

(New York med. record 1903. März 21.)

Nach kurzer Übersicht der bisherigen Publikationen über Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste stellt C. fest, daß besonders Drüsenerkrankungen epithelialen Ursprungs sich stark refraktär verhalten.

Sehr traurig ist die Einwirkung der Presse, durch welche die Leidenden auf die falsche Idee kommen, die X-Strahlen könnten in operablen Fällen die Operation ersetzen. Nach C.'s Erfahrung ist die Röntgenbehandlung nur eine Unterstützung.

Vom Februar 1902 bis Januar 1903 hat Verf. 75 bösartige Geschwülste bestrahlt. Die Resultate waren immerhin so günstig, daß das Verfahren weitere Berücksichtigung verdient. Es handelte sich um 25 Sarkome — darunter 17 Rundzellen- und 3 Spindelzellenformen —, 21 Brustkarzinome — darunter 17 operable —, während in 4 Fällen die Behandlung nur eine prophylaktische war.

Von den 17 Rundzellensarkomen, alles inoperablen Fällen, verschwanden 4 völlig; aber in jedem Falle trat ein Rezidiv innerhalb eines Jahres ein. Stets fanden 4 Sitzungen wöchentlich statt und wurden über viele Monate fortgesetzt. Bei 13 Sarkomen konnte keinerlei Besserung festgestellt werden. — Mit sichtbarer Besserung wurde auch ein Fall von fortgeschrittener Hodgkin'scher Krankheit behandelt.

15 Fälle von Epitheliom des Kopfes und Gesichts, einschließlich 3 Rezidiven von Zungenkarzinom und 3 vom Oberkiefer, konnten in keinem Falle ganz zum Verschwinden gebracht werden. 11 Fälle von Unterleibskarzinomen (2 von der Flexur und dem Mastdarm, 5 der Gebärmutter, 1 der Blase, 3 große intraabdominale) gaben 1 Heilung von Uteruskarzinom und einige Besserungen.

In einigen Fällen von inoperablen Rundzellensarkomen, in denen die Anwendung von Toxinmischung vergeblich versucht wurde, bewirkten die X-Strahlen zuerst Schwund der Geschwulst mit späterem Rückfall, andererseits konnte aber 3—10 Jahre nach der Behandlung mit Toxinen bei 20 Pat. mit inoperablen Sarkomen kein Rückfall beobachtet werden.

Am günstigsten sind die Spindelzellensarkome für die Toxinbehandlung, Bestrahlung kann auch damit kombiniert werden.

Nach diesen Erfahrungen empfiehlt C. für die operablen Fälle das Messer und nachherige Bestrahlung, letztere allein eventuell nur für Geschwülste äußeren Ursprungs. Ausnahmsweise sollen Sarkome der Extremitäten, bei denen die Operation das Glied opfern müßte und wo, wie z. B. bei der Hüftexartikulation wegen Sarcoma femoris, baldige Rezidive zu fürchten sind, vorher die Röntgenmethode versucht werden.

Ebenso erheben sich viele Stimmen für die Bestrahlung der oberflächlichen Gesichtsepitheliome. Im allgemeinen ist die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen nur eine temporäre. Guter Ausgang ist auch bei den primären Lymphdrüsensarkomen festzustellen.

»In der Tat verfügen wir aber noch in keinem Falle über eine genügend lange Beobachtungszeit, um von einer Krebsheilung durch X-Strahlen sprechen zu dürfen, augenblicklich hat die Röntgenbehandlung ihren legitimen Platz in der Therapie inoperabler Geschwülste.«

Loewenhardt (Breslau).

32) Meek. A case of Paget's disease of the nipple treated by the X-ray.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Juni 18.)

32jährige Farbige; seit 2 Jahren Rötung und Nässen der rechten Brustwarze, vergebliche Behandlung. Mikroskopische Untersuchung eines entnommenen Stückchens ergab Hautkrebs. Operation verweigert, deshalb Röntgenbehandlung: erste Woche 7 Sitzungen zu 20 Minuten, in der zweiten 6, in der dritten 4, in der vierten 3. Auch die Achseldrüsengegend, obwohl keine Schwellung nachzuweisen war, einigemal bestrahlt. Nach 4 Wochen zeigte die vorher stark vorspringende Brustwarze normale Lage, Rötung und Nässen waren verschwunden. Mikroskopisch ergab sich normale Haut. M. macht auf die Unterscheidung von Ekzem aufmerksam; letzteres juckt, die krebsige Stelle, trotz gleichen Aussehens, juckt nicht.

Trapp (Bückeburg).

33) Curtis. Gunshot wound of the longitudinal sinus.

(Annals of surgery 1903. Juni.)

Pistolenschußverletzung auf 25 Fuß, bei welcher das Geschoß in die Mitte des Hinterkopfs drang. Die klinischen Erscheinungen bestanden zunächst nur in Hemianopsie der rechten Hälften beider Augen; der Augenhintergrund war normal, die Sehschärfe betrug R. 15/20, L. 15/50. Gleich nach der Aufnahme wurde versucht, durch Erweiterung der Schädelschußöffnung das Geschoß zu entfernen. Bei der Entfernung der ziemlich lose liegenden Knochenbruchstücke trat aus einer Öffnung (Schußverletzung) des Sinus eine heftige Blutung auf. Nach Tamponade wurde von der Seite aus durch Trepanation der Sinus freigelegt und die Öffnung vernäht, wodurch jedoch die Blutung nicht gänzlich gestillt wurde, so daß Tamponade nötig war.

Im weiteren Verlauf traten Fieber, Delirien und Neuritis optica rechts auf, so daß 18 Tage nach dem ersten Eingriff abermals in der Nähe der Schußöffnung nach Aufnahme eines Röntgenbildes trepaniert wurde, um das Geschoß zu entfernen. Das gelang jedoch nicht. Nach und nach besserte sich der Zustand des Pat., und konnte er mit dem Geschoß im Kopfe entlassen werden. Die Hemianopsie bestand fort, die Sehschärfe betrug auf beiden Augen 15/20. — Verf. weißt am Schluß der Arbeit auf die Gefahr hin, Knochenfragmente an der Stelle der Sinusverletzung zu entfernen und weiter auf die Wichtigkeit genauer Röntgenaufnahmen.

Herhold (Altona).

34) Damianos. Eitrige Thrombophlebitis der Sinus cavernosi infolge von Zahnkaries.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 13.)

Bericht über zwei in der v. Mosetig-Moorhof'schen Abteilung beobachtete tödlich verlaufene Fälle mit kritischer Sichtung der Literatur, Besprechung der Ätiologie und der in Frage kommenden anatomischen Wege.

Hübener (Dresden).

35) Haberer. Kasuistischer Beitrag zur operativen Behandlung der eitrigen Meningitis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 13.)

Mitteilung eines einschlägigen Falles aus der v. Eiselsberg'schen Klinik, der eine 36jährige Frau betraf und trotz zweimaligen operativen Eingriffs tödlich endete. Wenn also auch kein Erfolg quoad vitam erzielt wurde, so zwingt doch die beidemal nach der Operation eingetretene auffällige Besserung des Allgemeinzustandes zu der Annahme, daß die operativen Eingriffe Nutzen schafften und als berechtigt anzusehen sind. Vielleicht würde eine noch ausgiebigere Eröffnung der Schädelkapsel zur Heilung geführt haben. Zweck der Mitteilung ist, hierzu anzuregen.

Hübener (Dresden).

36) Wieting und Raif Effendi. Zur Frage der Geschoßextraktion aus dem Gehirn bei penetrierenden Schädelschüssen. (Aus dem kaiserlich ottoman. Hospital Gülhane in Konstantinopel.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 17.)

Fall von Schußverletzung des Schädels in linker Schläfengegend mit rechtsseitiger Hemiplegie und 10 Tage lang andauernder Bewußtlosigkeit. Die Lähmung ging in 4 Monaten ganz zurück; es blieb nur ein geistiger Defekt und sensorische Aphasie bestehen. Nachdem durch Röntgenbild der Sitz des Geschosses in der Gegend des Foramen caroticum festgestellt worden, wurde 4 Monate nach der Verwundung die Trepanation, wie zur Krause'schen Resektion des Ganglion Gasseri, vorgenommen, eine subdurale Cyste eröffnet, und in der Tiefe der Höhle am Felsenbein das in der untersten Temporalwindung des Gehirns steckende Geschoß entdeckt und entfernt. Ungestörte Heilung mit Schwinden der früheren Erscheinungen.

Im Anschluß an diesen Fall werden die Anzeigen für operatives Eingreifen bei penetrierenden Schädelschüssen im Sinne v. Bergmann's, König's und des Verhaltens bei obigem Pat. erörtert. **Kramer** (Glogau).

37) Bezold. Demonstration von vier Operationsfällen auf otiatrischem Gebiet.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 22.)

Von größerem Interesse ist ein Fall von Angiosarkom des äußeren Ohres mit bis jetzt andauernder Heilung nach Exstirpation der Geschwulst, ein weiterer von Adenokarzinom des äußeren Gehörgangs, das bisher — 2 Jahre nach der Operation — nicht rezidiviert ist, und ein Fall von Cholesteatom mit Eitersenkung bis zum Schulterblatt und Schlüsselbein, nicht von der unteren Fläche des Warzenteils aus, sondern vom Sinus transv. längs des Bulbus und der Gefäßscheide der V. jugul. hinab; auch dieser schwere Fall kam zur Heilung.

Kramer (Glogau).

38) Thomas. Mastoïdite suppurée chez un diabétique de soixante-sept ans, acétonurie, aditotomie, aditectomie puis antrectomie avec le galvanocautère.

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1903. Nr. 27.)

In einer Reihe von Sitzungen wurde dem Eiter, wie in der Überschrift erwähnt, mit dem Galvanokauter Abfluß verschafft und so im Verlaufe eines halben Jahres eine wenn auch nicht ganz vollkommene Heilung erzielt. Der Allgemeinzustand des Pat. hob sich wesentlich. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

39) Launois et Le Marchadour. Les malformations congénitales de l'oreille externe. Leur interprétation embryologique.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 1.)

Drei Beobachtungen der Verff. stellen drei Typen dar; die Veränderungen gehen embryologisch auf immer tiefere Hemmungsbildungen zurück. In allen drei Fällen handelt es sich um ein-(links-)seitige Verbildungen, im ersten um einen fragezeichenförmigen Wulst an Stelle der Ohrmuschel mit Fehlen des Gehörgangs und Atrophie des warzenförmigen Fortsatzes, im zweiten kommt eine Entwicklungshemmung des ganzen Oberkieferknochens hinzu, Fehlen des Tubarwulstes und der Rachenöffnung der Tuba Eustachii; im dritten ist von der Ohrmuschel nur das Läppchen übrig geblieben, Fehlen des Gehörgangs, Zurückbleiben der Gesichtsknochen dieser Seite (Ober- und Unterkiefer, Stirn- und Warzenbein). Aus embryologischen Untersuchungen zusammen mit diesen Beobachtungen schließen Verff. darauf, daß bei den äußerlich sichtbaren angeborenen Ohrmißbildungen meist auch die tieferen, und darüber hinaus auch die benachbarten Knochenteile des Segments betroffen sind, und die Anomalie meist über den Umkreis der Gebilde der ersten Kieferspalte hinausgreift. **Herm. Frank** (Berlin).

40) P. Derocque. Torticollis spasmodique. Résection du spinal et des branches cervicales postérieures. Guérison.

(Revue d'orthopèdie 1903. Nr. 2.)

Entstehung ganz akut bei einer 41jährigen Frau — nervöse Antezedenzien werden nicht erwähnt — während einer Wagenfahrt, wie durch ein »Ausrücken«. 8 Tage lang Schüttelkrämpfe des Kopfes, dann stellt sich das Gesicht nach links. Nach 4 Monaten Operation. Durchschneidung des Accessorius vor dem Abgang der Zweige für den Sternocleidomastoideus 4 cm unterhalb. Sofort nach dem Erwachen Wiederauftreten der Krämpfe trotz Lähmung des Trapezius und Sternomastoideus. Es handelte sich also um Krämpfe in den Nackenrotatoren. Zweite Operation 5 Tage später nach Keen: Durchschneidung des Stammes des Accessorius und der hinteren Cervicaläste. Volle Heilung ohne wesentliche Störung in der Statik des Kopfes oder Dynamik des Armes. **Herm. Frank** (Berlin).

41) Kander. Resektion und Naht der Trachea bei Tracheal- und diaphragmatischer Larynxstenose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

Verf. berichtet aus dem städtischen Krankenhause zu Karlsruhe über einen von v. Beck operierten, vorzüglich geheilten Fall von Resektion und Naht der Luftröhre. Die Operation wurde bei einem 5jährigen Kinde vorgenommen, welches seit dem ersten Lebensjahre an einer postdiphtherischen Luftröhren- und Kehlkopfstenose litt, und bei welchem alle nur denkbaren therapeutischen Maßnahmen erfolglos geblieben waren. In Morphium-Chloroformnarkose wurde, nach Ausführung der tiefen Tracheotomie, die Luftröhre in der Höhe des 4. Ringes quer durchtrennt und ihr oberer Teil mit seiner Narbenmasse dicht am unteren Rande des Schildknorpels reseziert. Nach Mobilisierung der beiden Stümpfe wurde dann der 4. Luftröhrenring in seinem hinteren Teil auf die Ringknorpelplatte gelagert, die Schleimhaut an der Hinterwand mit Catgut genäht und dann die vordere und seitliche Trachealwand mit sechs feinen Silberdrahtnähten direkt mit dem unteren Rand des Ringknorpels vereinigt. Schon vom 4. Tage an konnte die Kanüle zeitweise entfernt werden. Der Erfolg war ein vollständiger, das Kind konnte nach einigen Wochen anhaltend mit lauter, etwas rauher Stimme ohne jegliche Beschwerden sprechen. Die Atemnot war vollständig verschwunden.

Verf. bespricht mit Rücksicht auf diesen Fall die verschiedenen früheren Behandlungsmethoden der Trachealstenosen, sowie auch die in den letzten 6 Jahren erreichten Erfolge der Resektion und der Naht der Luftröhre; die als die rationellste Therapie anerkannt werden müsse, welche sich auch noch auf weitere Gebiete, vor allem auf die primären bösartigen Luftröhrengeschwülste ausdehnen lasse. **Blauel** (Tübingen).

42) G. Wennerström. Zwei Fälle von Herzverletzung.

(Upsala Läkareförenings Förhandlingar N. F. Bd. VIII. p. 95. [Schwedisch.])

Im Laufe eines Jahres ist Verf., der als Assistenzarzt am Sahlgren'schen Krankenhaus in Gothenburg tätig ist, in der Lage gewesen, zweimal Eingriffe gegen Herzwunden vorzunehmen.

Der erste Fall betraf einen 34jährigen Trinker, der trunken von einem Messerstich dicht an der linken Brustwarze getroffen wurde. Unmittelbar profuse Blutung; doch konnte Pat. bei der Aufnahme gestützt selbst gehen. Puls 90, klein, keine Zeichen einer vergrößerten Herzdämpfung noch eines Pneumo- oder Hämothorax. Die 6 cm lange Hautwunde wurde nach Säuberung der Umgebung tamponiert und verbunden, als aber eine profuse Nachblutung eine Stunde später diese Maßnahme als unzureichend zeigte, erweitert. Im fünften Zwischenrippenraum quoll eine abundante arterielle Blutung hervor, die aus einer im Periost verlaufenden, aus beiden Schnittenden blutende Arterie herstammte. Das Gefäß wurde umstochen, eine Rippe nicht reseziert. Im Herzbeutel, der übrigens blutleer war, fand sich eine 2 cm lange, klaffende Wunde; auch an der Herzspitze

wurde eine 2 cm lange, 5 mm tiefe Wunde angetroffen, die nicht blutete und deshalb unbehandelt gelassen wurde. — Weder die Betastung des Herzens mit dem Finger des Operateurs noch die übrigen Manipulationen wurden wom Pat. als Schmerzen empfunden (er hatte wegen drohendem Delirium eine halbe Stunde vorher 0,2 g Morphium subkutan und 2 g Bromnatrium per os bekommen). Die Heilung wurde durch eine leichte Pleurareizung gestört. Ein Jahr später machte der Pat. eine kruppöse Pneumonie durch. Irgendwelche Nachteile seitens der Herzwunde waren nicht bemerkbar.

Der zeite Fall betraf eine 23jährige Geisteskranke, die mit einem Glassplitter sich eine 4 cm lange Schnittwunde im 3. Interstitium, 2 cm vom Sternum entfernt, zugefügt hatte. Aufnahme zwei Stunden später, fast moribund; weder Radialis noch Carotis fühlbar, Respiration oberflächlich, Hände kalt, Cornealreflexe erloschen. Sofortige Operation. Lappenbildung durch Resektion eines Stückes der 3. Rippe und Durchschneidung des 4.—7. Rippenknorpels. Die Lunge war retrahiert, der Pleuraraum, von außen her geöffnet, voll Blut; Perikardium dagegen fast blutleer. 2 cm unterhalb des Septum atrioventriculare fand sich in der linken Herzkammer eine 2 cm lange, reichlich blutende, die ganze Wand penetrierende Wunde. Dieselbe wurde mit einem Catgut- und vier Seidenfäden genäht. Fortlaufende Naht an das Perikard, Drainage der Pleura. Drei Gazekompressen, die bei der Operation im Pleuraraum vergessen waren, verzögerten die Heilung — sie wurden 14 Tage später entdeckt und herausbefördert. Vollständige Heilung in 7 Wochen. Keine Veränderungen am Herzen oder an der linken Lunge mehr wahrnehmbar.

In der Epikrise liefert Verf. zuerst eine literarische Übersicht über Geschichte der Herzchirurgie und kritisiert einzelne Operateure in verschiedenen Punkten, besonders in der Frage der Drainage des Perikards, wie der Art und Weise, die ersten Herznähte anzulegen. Er hofft für die Zukunft viel von den Erfolgen der Herzoperationen sogar bei Mitralisstenose. **Hansson** (Cimbrishamn).

43) O. Riegner. Traumatische Zwerchfellshernie.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 3.)

Verf. berichtet über die erfolgreiche operative Behandlung einer mit einem Hirschfänger gesetzten Verletzung, welche im 8. Interkostalraum von der hinteren zur vorderen linken Axillarlinie die Brusthöhle eröffnet und das Zwerchfell durchbohrt hatte. Durch den 8 cm langen Zwerchfellriß war Magen und Netz in die Pleurahöhle gedrungen. Nach Reposition derselben wurde der Zwerchfellriß durch zwölf Catgutknopfnähte geschlossen. Durch Laparotomie wurde sodann noch festgestellt, daß keine Baucheingeweide verletzt waren. Der Brustkorb wurde bis auf eine Öffnung für einen Gazestreifen geschlossen. Pat. kam zu völliger Heilung. **Blauel** (Tübingen).

44) P. Wolf. Beiträge zur Ätiologie des Ösophaguskarzinoms. (Aus dem pathol. Institut des Stadtkrankenhauses zu Dresden.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 18.)

Als Beitrag zur Frage des chronischen Reizes als disponierenden Moments für die Entstehung von Krebs berichtet W. über zwei Fälle von Zusammentreffen von schwerer Spondylitis deformans und Ösophaguskarzinom. Verf. hält einen ätiologischen Zusammenhang für wahrscheinlich, indem er annimmt, daß beim Schlingakt jedesmal ein Reiz auf die Wand der Speiseröhre ausgeübt worden sei. **Kramer** (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke welle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 39. **Sonnabend, den 26. September.** **1903.**

Zu Ogston's Operation des rebellischen Klumpfußes. (Entfernung der Knochenkerne der Fußwurzel und nachherige Umformung des Fußes.)

Von
Oberarzt Dr. Carl Lauenstein in Hamburg.

Vor etwa einem Jahre hat Ogston zur Behandlung des rebellischen Klumpfußes bei Kindern eine auf den ersten Blick neue und originelle Operation empfohlen (siehe das Referat in diesem Blatte 1902 p. 1271), die Entfernung der Knochenkerne aus den einzelnen Fußwurzelknochen, je nach Bedarf, mit nachheriger Stellungsverbesserung des Fußes. Nach seinen Erfahrungen wird durch diese Entfernung der Knochenkerne die Fußwurzel so biegsam, wie eine ausgequetschte Zitrone; sie gestattet leicht, dem Fuße eine gute Stellung zu geben.

Da ich an 3 Fällen, in denen ich 4mal diese Ogston'sche Operation ausgeführt habe, das Resultat trotz der Kürze der Zeit bereits übersehen zu können glaube und von dem Werte der Operation überzeugt bin, so erlaube ich mir, hier kurz über meine Erfahrungen zu berichten.

1) Knabe W., geboren 18. September 1902. Linksseitig angeborener Klumpfuß, von Geburt an nach v. Öttingen behandelt. Erfolg unbefriedigend. Fuß nur mit äußerster Gewalt herumzubringen. Röntgenbild.

Am 7. Mai 1903 Operation nach Ogston. Unter Blutleere Schnitt an der Außenseite des Dorsums der Fußwurzel, vor dem Mall. ext. beginnend in der Richtung nach dem Cuboideum zu, durch Weichteile und Periost, dann durch den Knorpel des Talus und des Cuboideum und Herausholen der Knochenkerne dieser beiden Knochen, was leicht gelingt. Der Fuß läßt sich leicht in eine gute Stellung bringen, zwei Silkwormnähte in die Weichteilwunde, aseptischer Okklusivverband. Hacke des operierten Fußes gegen die Hacke des rechten Fußes befestigt, Fußspitze durch Anwickeln eines Wattebausches nach außen gewandt gehalten. Appretierter Gazeverband. Nach 4 Wochen erster Verbandwechsel. Wunde per primam geheilt. 10. Juli. Vorzügliches Resultat. An dem aufrecht gestellten Knaben berührt die ganze Fußsohle den Boden. Zur Sicherung wird noch ein appretierter Gazeverband angelegt, da der Knabe noch nicht laufen kann. Das Röntgenbild, etwa 8 Wochen nach der Operation aufgenommen, ergibt, daß die Knochenkerne von Talus und Cuboideum des linken Fußes fast so groß sind wie am gesunden rechten Fuße.

2) Mädchen T., geboren 21. Mai 1902. Pes equino-varus congenitus dexter, außerdem, offenbar infolge früherer Behandlung, Abknickung von Tibia und Fibula nach außen, 3fingerbreit über dem Knöchelgelenk. Das Kind ist von Geburt an ständig in ärztlicher Behandlung gewesen.

Am 13. Mai 1903. Herausnahme der Knochenkerne von Talus und Cuboideum nach Ogston, dann Geraderichtung des Unterschenkels und Korrektur der Stellung des Fußes, der sehr nachgiebig geworden ist. Keine Nahtanlegung. Aseptischer Okklusivverband, darüber Gipsverband. Am 8. Juni Wunde vollkommen geheilt, der Fuß steht gut. 6. Juli. Der Fuß steht vorzüglich, Kind tritt mit der Planta voll auf. Die Abknickung des Unterschenkels nicht be-

seitigt. Das Röntgenbild ergibt, das die Knochenkerne von Talus und Cuboideum am rechten Fuße fast so groß sind, wie am linken.

3) Knabe S., geboren 22. November 1900.

Doppelseitiger angeborener Klumpfuß, von Geburt bis heute stets ärztlich behandelt, mit festen Verbänden. Sehr starke Innenwendung der Füße, am äußeren Fußrande beiderseits eine starke Schwiele vom Gehen.

Am 23. Mai 1903 Entknöchelung nach Ogston. Unter Blutleere Schnitt von der Spitze der Mall. ext. bis zum Cuboideum. Rechts Entfernung der Kerne von Talus, Cuboideum und Naviculare, links von Talus, Calcaneus und Cuboideum. Die Füße lassen sich sehr leicht herumbringen. Die Nachinnenwendung der Fußspitzen läßt sich vollkommen beseitigen. Keine Naht. Aseptischer Okklusivverband.

Hacken aneinandergelegt, zwischen die nach auswärts gedrehten Füße ein Kissen gewickelt. Die Füße halten sich so leicht, daß nur ein Pappschienenverband nötig ist, um die Füße in guter Lage zu halten.

Am 3. Juli 1903. Wunden heil. Füße stehen sehr gut. Die Innenwendung ist vollkommen beseitigt. Am 18. Juli ergibt das Röntgenbild, daß die Knochenkerne an den operierten Knochen sämtlich wieder vorhanden sind.

Die Erfahrungen, die ich an diesen vier Operationen, die sich auf drei Kinder von je 6 Monaten, 1 Jahre und $2^1/_2$ Jahren mit hartnäckigem angeborenen Klumpfuß erstrecken, sind bemerkenswert genug, um schon jetzt das Urteil zu gestatten, daß in ausgewählten Fällen diese neue Ogston'sche Operation Empfehlung verdient. Ich würde meine Erfahrungen etwa folgendermaßen zusammenfassen:

1) Es hat sich mir bestätigt, daß die Operation nach den Ogston'schen Vorschriften leicht ausführbar ist.

2) Eine voraufgehende Untersuchung durch Röntgenstrahlen ist für die Operation unerläßlich. Am zweckmäßigsten werden Platten angefertigt, um später die Reproduktion der Knochenkerne und das Wachstum der einzelnen Fußwurzelknochen kontrollieren zu können.

3) Welche Knochenkerne zu entfernen sind, muß dem Ermessen des Operateurs im Einzelfalle überlassen bleiben. Ob nach der Operation die Weichteilwunde genäht wird oder nicht, ist ohne prinzipielle Bedeutung.

4) Wenn genügend Knochenkerne entfernt worden sind, so läßt sich die Klumpfußstellung überraschend leicht und vollständiger als nach den bisher bekannten Methoden ausgleichen. Außer der Equinus- und Varusstellung ist es besonders die Einwärtswendung der Fußspitze, die sich leicht beseitigen läßt. Die Retention in guter Stellung mit Rücksicht auf die Einwärtswendung der Fußspitze wird wesentlich dadurch erleichtert, daß man die Hacke des operierten Fußes gegen die des gesunden Fußes stellt und durch ein Kissen oder Polster die Innenränder der Füße auseinanderhält.

5) Da die Umformung des Klumpfußes nach dieser Operation gründlicher vor sich geht als nach anderen Eingriffen, so scheint auch die Nachbehandlung wesentlich kürzer zu sein. Schon nach 8 Wochen kann man die Kinder mit festem Schuhwerk gehen lassen, da sie mit voller Sohle auftreten.

6) Nach dem Röntgenbilde tritt eine sehr schnelle Reproduktion der entfernten Knochenkerne ein (6—8 Wochen). Somit scheint die Gefahr einer Störung des Wachstums des Fußes durch die Operation nicht zu bestehen.

7) Bis zu welchem Alter die Ogston'sche Operation geeignet sei, läßt sich heute noch nicht entscheiden.

30. August 1903.

---

1) **L. Karwacki.** Die Untersuchung des Blutes vom Standpunkte der chirurgischen Diagnostik.

(Przegląd chirurgiczny Bd. V. Hft. 2.)

Verf. geht zunächst auf das Leukocytenphänomen ein. Seiner Ansicht nach bedeutet die Verwertung der Leukocytenzählung einen großen Fortschritt unseres diagnostischen Könnens. Es gilt dies insbesondere für die Eiterungen des Wurmfortsatzes. Aber auch bei andersartigen akut infektiösen Prozessen werden durch sie sichere Anhaltspunkte für die Diagnose gewonnen. Selbstverständlich ist dabei Vorsicht und Berücksichtigung des ganzen Symptomenkomplexes geboten. Unbrauchbar erweist sich diese Untersuchungsmethode bei bösartigen Geschwülsten, da sie hier sehr wechselnde Resultate gibt.

Im weiteren bespricht K. seine Beobachtungen über die Serodiagnostik chirurgischer Infektionskrankheiten. Es wurden Agglutinationsproben bei Tuberkulose, Strepto- und Staphylomykosen und Infektionen mit Bakterium coli ausgeführt. Unter 10 klinisch sicheren Tuberkulosen gaben 7 eine positive Serumreaktion. Der Grund für den negativen Ausfall der Reaktion in den übrigen Fällen dürfte in einer Erschöpfung des Organismus an Reaktionskraft liegen. Die Strepto- und Staphylokokkenerkrankungen lieferten ebenfalls positive Reaktionen, jedoch nur bei einer Allgemeininfektion. Bei örtlich beschränkten Affektionen blieb die Reaktion stets aus. In den Fällen von Infektion mit Bakterium coli (Appendicitis, subphrenischer Abszeß) agglutinierte das Serum in einem Mischungsverhältnis von 1 : 20—1 : 60 allemal.

Allgemeine Schlüsse zieht Verf. aus seinen Beobachtungen nicht.

Urbanik (Krakau).

---

2) **E. Tavel.** Indications et contreindications de la solution salée sodique.

(Revue de chir. XXIII. année. Nr. 4.)

Wie erinnerlich, hat T. in der Revue de chir. 1902 p. 578—606 über seine und anderer Erfolge mit einer alkalischen Salzlösung (Solution salée sodique, bestehend aus 0,75% Kochsalz und 0,25% Soda) berichtet, und sie als Wunddesinfiziens und Sterilisierungsflüssigkeit für Tupfer usw. bei Anwendung feuchter Asepsis emp-

fohlen. Ihre absolute Unschädlichkeit für den Organismus hatte er in Tierversuchen nachgewiesen. In einigen Abhandlungen erklärten sich nun Küttner und Baisch gegen die Verwendung der T.'schen Lösung zu subkutanen Infusionen, weil sie hierbei Gangrän erzeugen könne, und meinten, daß T. eine gefährliche Modifikation der Kochsalzlösung in die Praxis eingeführt habe. Hiergegen erhebt T. scharfen Protest. Er selbst habe nirgends seine Solution salée sodique für subkutane Injektionen statt der physiologischen Kochsalzlösungen empfohlen und selbst einmal nach einer fehlerhaft zubereiteten Salz-Sodalösung, die noch dazu oberflächlich eingespritzt worden sei, Gangrän entstehen sehen. In ziemlich gereizter Form führt T. die Widerlegung der Vorwürfe jener beiden Autoren, denen er Ungenauigkeit der Angaben, unzweckmäßige Behandlung der Gangrän und sogar vorsätzliche Übergehung einer Arbeit von Zimmermann nachweisen zu können glaubt.

Wenn T. aus den Arbeiten von Küttner und Baisch den weiten Schluß zieht, daß die deutsche Forschung von vorgefaßten Meinungen beeinflußt werde und die Experimente zum Beweise vorher theoretisch zurechtgelegter Ansichten verwende, so muß sowohl die Spitze, mit der es geschieht, als auch die Verallgemeinerung zum wenigsten befremden. **Christel** (Metz).

---

3) **J. Wernitz** (Odessa). Ein Vorschlag und Versuch zur Heilung der akuten Sepsis.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 352. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1903.)

Der Vortrag ist in abgekürzter Form bereits im Zentralblatt für Gynäkologie 1902 (Nr. 6 u. 23) erschienen und basiert auf den von W. in einigen Fällen von puerperaler septischer Infektion und von akuter Peritonitis infolge von eitriger Salpingitis durch die angewandte Behandlung erzielten sehr günstigen Erfolgen. Das Wichtigste an ihnen ist die Tatsache, daß es bei akuten septischen Erkrankungen, bei denen die Erscheinungen der Intoxikation vorherrschen, die örtliche Infektion noch nicht nachweisbar ist, durch reichliche und methodische Zufuhr von Flüssigkeit durch den Mastdarm gelingt, die Sepsis erfolgreich zu bekämpfen. Durch die zugeführte Flüssigkeit wird die Harn- und Schweißabsonderung stark angeregt und dadurch nun das septische Gift, das im Organismus zirkuliert, ausgeschieden. Die Aufsaugung der dem Darm zugeführten Flüssigkeit wird dabei vollständig dem Organismus überlassen, dadurch eine Überbürdung des Herzens, wie sie bei den intravenösen und subkutanen Eingießungen leicht eintreten kann, ausgeschlossen. Die Flüssigkeit wird anfangs nur langsam resorbiert, bis sich der Zustand des Herzens bessert; erst dann erfolgt reichlichere Aufsaugung mit starker zunehmender Schweiß- und Harnausscheidung und gleichzeitig mit Temperaturabfall. Am deutlichsten sind immer die Erfolge bei der akuten Sepsis, während sie bei hoher Temperatur infolge exsu-

dativer Prozesse, Eiterherde usw. in der Bauchhöhle nur vorübergehend sein können. Auch hier aber schaffen sie — durch die Reinigung des Darmkanals und Befreiung desselben von Gasen, die Erleichterung der Herztätigkeit durch die Entspannung des Leibes — großen Nutzen; aber der Erfolg kann nur temporär sein, so lange der Lokalherd nicht entfernt ist.

Die Flüssigkeitszufuhr durch den Mastdarm geschieht in folgender Weise: Ein Mastdarmrohr wird so weit als möglich in den Darm eingeführt, mit einem mit 1%iger Kochsalzlösung gefüllten Irrigator verbunden und nun die Flüssigkeit langsam unter schwachem Druck einlaufen gelassen. Sobald Drang eintritt, senkt man den Irrigator, wobei Flüssigkeit in diesen zurücktritt. Dieses Heben und Senken des Irrigators wird so oft wiederholt — unter Erneuerung des verunreinigten Wassers —, bis Kotmassen und Gase gründlich entleert sind. Erst dann kann die eingeführte Flüssigkeit, sofern sie nur sehr langsam und mit Unterbrechungen einfließt, aufgesaugt werden. Tritt eine peristaltische Bewegung auf, so steigt die Flüssigkeit im Irrigator; läßt sie nach, so fließt das Wasser wieder in den Darm ein. Dauert das Verfahren ca. eine Stunde, so wird $^1/_2$—1 Liter Flüssigkeit resorbiert, was sich durch Steigen der Harnsekretion, Verminderung des Durstgefühls und der Trockenheit der Schleimhäute, schließlich auch durch Schweißausbruch kundtut. Ein jeder Einlauf muß, so zeitraubend und umständlich dies auch ist, eine Stunde lang dauern und so oft wiederholt werden, bis die Schweißsekretion reichlich wird und die Temperatur abfällt. Ein erneutes Steigen der letzteren erfordert neue Einläufe.

Verf. hofft, daß das geschilderte Verfahren sich bei den verschiedensten septischen Infektionen bei Scharlach, Typhus, Pest usw., ferner bei Vergiftungen bewähren, bei Tetanus gute Erfolge haben und prophylaktisch nach jeder länger dauernden Operation in der Bauchhöhle günstig wirken werde. **Kramer** (Glogau).

---

4) **Perez.** Sulla sterilizzazione del catgut.

(Policlinico 1903. Nr. 2 u. 3.)

P. hat das von ihm empfohlene Fluorsilber (s. Policlinico 1902) auch zur Präparation von Catgut verwandt. Auf Grund seiner in üblicher Weise angestellten bakteriologischen Untersuchungen und der günstigen Resultate bei Verwendung am Menschen empfiehlt er folgende Methode: das auf Gazeröllchen gewickelte Catgut wird mit Wasser und Seife gewaschen, und in Äther (24—48 Stunden), dann nach Abspülen mit sterilisiertem Wasser in eine $1^0/_{00}$ige Lösung des Antiseptikums gelegt, hier wieder 24—48 Stunden unter mehrmaligem Wechsel der Flüssigkeit. Danach kommen die Röllchen in gewöhnlichen Alkohol für 1—2 Tage und werden schließlich in hellen Glasgefäßen, in welchen sie sich bald schwarz färben, in Alkohol von 96° aufgehoben. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

5) Hammesfahr (Bonn). Die Gummihandschuhe bei aseptischen Operationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 25.)

An Stelle des Auskochens, welches die Haltbarkeit und Elastizität der Gummihandschuhe rasch beeinträchtigt, hat H. in letzter Zeit sich mit der mechanischen Reinigung dieser Handschuhe mittels Bürste, Schmierseife und heißem Wasser begnügt. Er selbst trägt bei den aseptischen Operationen diese keimfreien Handschuhe meistens nicht, wohl aber Assistent und Schwester, da die Glätte der Handschuhe beim Operieren, Unterbinden und Nähen hindern. Er vermeidet es aber, seine Hände der direkten Berührung mit septischem Material auszusetzen, indem er sie stets bei septischen Operationen mit besonders für solche bereit gehaltenen Gummihandschuhen bekleidet. Selbstverständlich werden die Hände auch stets vor der Anlegung der Handschuhe energisch desinfiziert; durch die Vermeidung ihrer Berührung mit septischem Material glaubt H. eine möglichst sichere Sterilisierung seiner Hände erreichen zu können.

Kramer (Glogau).

---

6) Bayon. Erneute Versuche über den Einfluß des Schilddrüsenverlustes und der Schilddrüsenfütterung auf die Heilung von Knochenbrüchen.

(Verhandlungen der physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg. N. F. Bd. XXXV. p. 249.)

B. kommt unter Zuhilfenahme der Radiographie und mikroskopischer Untersuchung des Kallus zu folgenden Resultaten, die sich im allgemeinen mit denen seiner Vorgänger decken: Die Thyreoidektomie bedingt eine erhebliche Verlangsamung der Frakturheilung; dieselbe tritt sofort nach Ausschaltung der Schilddrüse auf, lange bevor das Vollbild der Kachexie sich entwickelt hat. Die Fütterung von thyreoidektomierten Tieren mit Schilddrüsenpräparaten ersetzt die Wirkung der Schilddrüse nur teilweise. An normalen Tieren wird durch Darreichung von Schilddrüsenpräparaten die Frakturheilung deutlich beschleunigt.

Interessant ist eine Zusammenstellung von 49 aus der Literatur gesammelten Fällen, bei denen wegen verzögerter Kallusbildung Schilddrüsenpräparate verabreicht wurden. In der Mehrzahl dieser Fälle wird angegeben, daß ein günstiger Einfluß auf die Kallusbildung ausgeübt wurde.

F. Brunner (Zürich).

---

7) A. Lorenz. On some of my principles in orthopedic surgery.

(New York med. record 1902. Dezember 27.)

In diesem Artikel faßt L. in kurzen Zügen seine Grundsätze auf dem Gebiet der orthopädischen Chirurgie zusammen, wie er

solche der orthopädischen Sektion in der Neuyorker medizinischen Akademie am 19. Dezember 1902 vortrug.

Konservative und wenn möglich blutlose Operationen sind prinzipiell vorzuziehen, Osteoklase anstatt Osteotomie bei Kindern. Modellierendes Redressement des Klumpfußes und keine Knochenexzision. Myorrhexis und subkutane Myotomie anstatt der Totalexstirpation des Kopfnickers.

Zentrale Korrektion der Deformitäten, also keine subtrochantere Osteotomie, sondern pelveo-trochantere, um die Verkürzung zu vermeiden; keine suprakondyle Osteotomie, sondern intraartikuläre resp. Epiphysiolysis bei Kindern von 5—16 Jahren.

»Radikalismus gegen die Weichteile, Konservatismus bezüglich der Knochen«, also bei Hüftdeformitäten einfache lineäre Osteotomie und totale Durchtrennung der Adduktoren und der subspinalen Weichteile.

Möglichst frühzeitige Massage und möglichste Erhaltung funktioneller Tätigkeit bei tuberkulösen Gelenken. Jedes chronisch erkrankte Gelenk soll nur so kurze Zeit als absolut notwendig in seiner Funktion ruhig gestellt werden; die Skoliosenbehandlung meist ohne Korsett und mit Gymnastik. **Loewenhardt** (Breslau).

---

8) Grisel. Amputations congénitales et sillons congénitaux.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 1 u. 2.)

Zwei eigene, ausführlich mitgeteilte Beobachtungen, in denen sich die üblichen angeborenen Bildungsfehler, Syndaktylie, Klumpfuß u. dgl. mit den Schnürfurchen und Gliedabschnürungen zusammenfanden, und 44 Literaturfälle geben Verf. den Stoff zu einer eingehenden Schilderung der morphologischen, pathologisch anatomischen und besonders pathogenetischen Einzelheiten. Bezüglich der letzteren hält er gegenüber neueren Erklärungsversuchen, die das ursächliche Moment in trophoneurotischen Zuständen auf Grund einer Infektion, etwa Lues, suchen, analog dem »Ainhum« (einer brasilianischen gangräneszierenden Infektion), der Lepra, daran fest, daß es sich um lediglich mechanische, in ihrer Wirkung fertig abgeschlossene, nicht stetig fortwirkende Verhältnisse handelt. Ein belehrendes Beispiel, wie man zu dieser falschen Auffassung kommen konnte, bietet der erste Fall einer 33jährigen Frau, welche durch manigfache Vorstellungen und Beschreibungen in gelehrten Gesellschaften gewitzigt und im Gefühl ihrer interessanten Person den nachfolgenden Beschreibern das Auftreten immer neuer Furchen vortäuschte, während man in den älteren genaueren Beschreibungen alle diese Einzelheiten bereits lesen konnte. In Wirklichkeit fehlte bei diesen Zuständen jedes Zeichen nervöser Entartung, die anatomischen Charaktere kennzeichnen die mechanische Entstehung von außen durch amniotische Häute und Stränge. In der Beschreibung der Einzelheiten unterscheidet Verf. die Furchen an den Gliedern von denen an den

Zehen und Fingern; sie sind geschlossen oder teilweise ringförmig oder spiralig, stellen eine oberflächliche Vertiefung dar oder sind tief, dabei aber entweder verschieblich oder hängen an den Fascien oder mit Unterbrechung der Weichgewebe unmittelbar am Knochen fest. Der periphere Gliedabschnitt kann normal, atrophisch oder hypertropisch sein.

An den Gliedern fanden sich unter 46 Fällen 26 Furchen, nur eine an der oberen Extremität; von den 25 an den Beinen 20 oberhalb der Knöchel, 7 unterhalb des Schienbeinkopfes, 6 in der Höhe der Femurkondylen. Bei all diesen Furchen fehlt der Beweis, daß der Vorgang der zur Furchenbildung führt, im extra-uterinen Leben weiter um sich gegriffen habe. Auch in den wenigen Fällen, wo es erst später zur Abstoßung oder Amputation der peripheren Gliedabschnitte gekommen ist, hatten Ernährungsstörungen im Stiel durch äußere Umstände Schuld.

Angeborene Gliedverluste zeigten sich unter den 46 Fällen 33mal, an der großen Zehe sehr häufig, dagegen am Daumen nur 4mal, nur sehr ausnahmsweise in Gelenklinien, sehr häufig aber ohne äußere Spur von Narbengewebe. Syndaktylie fand sich 19mal, charakteristischerweise sehr häufig mit einer durchgehenden Epidermisfistel an der Kommissur, und die Finger nicht nebeneinander in einer Ebene liegend, sondern zusammengeballt. Klumpfuß fand sich 16mal, davon 15mal rechterseits Varo-equinus. — In 12 Beobachtungen stellt Verf. das Vorhandensein von Amniossträngen als nachweisbare Ursache der Verstümmelungen fest, interamniotisch, amniotico-fötal und föto-fötal, auch frei verlaufend, daneben noch Amniosadhärenzen. **Herm. Frank** (Berlin).

---

9) **Quénu** et **G. Renon.** De l'état fonctionnel du membre supérieur après la resection totale de l'omoplate pour néoplasmes.

(Revue de chir. Année XXIII. Nr. 4.)

Verff. haben sich die Aufgabe gestellt zu untersuchen, wie nach Exstirpation des Schulterblattes sich die Bewegungsverhältnisse für die obere Extremität gestalten. Anlaß hierzu bot ein Fall von Sarkom der Fossa supraspinata, wofür die Auslösung des Schulterblattes ausgeführt worden war. Etwa 5 Monate nach erfolgter Heilung konnte Pat. aktiv den Oberarm in jedem Sinne etwas (seitlich bis 15°) bewegen, passiv durch Schleuderbewegung in jede gewünschte Lage bringen. Dies verhältnismäßig vorzügliche Ergebnis verdankt Pat. der angewandten Technik, die in Erhaltung des akromialen Schulterblattendes — wo angängig — und der Fixierung der Kapselreste in demselben, sowie ferner in exakter Vernähung der Muskelstümpfe untereinander gipfelt, wie bereits Billroth und Czerny betont haben.

Man lege daher bei der Entfernung des Schulterblattes von vornherein den Operationsplan dementsprechend an. Die Schnittführung ist dabei von untergeordneter Bedeutung, wenngleich es sich empfiehlt, den Außenrand des Schulterblattes zuerst freizulegen und es dann nach innen umzuklappen. Die Literaturangaben von 38 Fällen mit kurzer Anführung der funktionellen Resultate — wo solche mitgeteilt — beschließt die Arbeit. **Christel** (Metz).

---

10) **R. Picqué.** Considérations anatomo-pathologiques, pathogéniques et opératoires sur la syndactylie.
(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 1.)

Pathogenetisch spielen bei den glatten — »einfachen« — Syndaktylien mit Verschmelzung bloß von Haut- und Weichgeweben Entwicklungshemmungen, bei knöchernen Verschmelzungen Entwicklungshemmungen und Traumen (Kompression) die Hauptrolle; bei den »komplizierten«, mit Narben vergesellschafteten Syndaktylien kommen dagegen nur Gewalteinwirkungen (Stränge) und zirkulatorische und trophische — neuropathische — Störungen in Betracht. Für letztere sprechen ja besonders auch die Vererbungen der Anomalie. Die vom Autor angeführten drei Beobachtungen betreffen Geisteskranke. Bezüglich der Behandlung geht sein Vorschlag dahin, die Didot'sche Schnittführung so zu ändern, daß die Ablösung des dorsalen Lappens in seinem »oberen« (wohl proximalen) Viertel unterbleibt, um diesen Teil nach unten zu schlagen und so die Schwimmhaut zu bilden. **Herm. Frank** (Berlin).

---

11) **L. Halberstaedter.** Die Folgen der Unterbindung der Vena femoralis unterhalb des Ligamentum Pouparti.
(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Verf. macht nachdrücklich darauf aufmerksam, daß die Unterbindung der V. femoralis unterhalb des Ligamentum Pouparti durchaus kein gleichgültiger Eingriff für die Zirkulation der betreffenden Extremität ist, wie es neuerdings von einigen Seiten behauptet wird. Dabei stützt er sich auf einen in der Königsberger Klinik beobachteten Fall von Unterbindung der Vene mit folgender Gangrän und tödlichem Ausgang. Die Kombination ungünstiger Verhältnisse, welche an einem solchen schlechten Ausgange Schuld sein können, läßt sich dabei von vornherein nicht absehen. Um denselben zu vermeiden, sind deshalb bei Verletzung der Vena femoralis zunächst Mittel der Blutstillung zu versuchen, bei welchen die Lichtung erhalten bleibt, am zweckmäßigsten die Venennaht. Muß die Vene reseziert werden, so empfiehlt es sich, um möglichst viele Seitenäste zu erhalten, so wenig wie möglich zu entfernen. Jedenfalls muß unter allen Umständen versucht werden, die A. femoralis zu erhalten. Sorgfältige Blutstillung, sowie Suspension und Elevation

der Extremität nach der Operation dienen zur Beförderung der Ausbildung eines Kollateralaufes. **Blauel** (Tübingen.)

---

12) **Gallois** et **Pinatelli.** Un cas d'anastomose artério-veineuse longitudinale pour artérite obliterante.

(Revue de chir. Jahrg. XXIII. Nr. 2.)

Die aussichtslosen Fälle von Arteriitis obliterans, die bei Kranken im besten Alter zu symmetrischem Brand hauptsächlich der unteren Extremitäten führen — Verff. haben 21 Fälle aus der Literatur gesammelt —, brachten Jaboulay bei einem Manne, dem nach Amputation des rechten Oberschenkels wegen trockener Gangrän auch das linke Bein unter heftigen Schmerzen brandig zu werden anfing, auf den Gedanken, nach dem Vorgang von San Martin y Satrustegni das arterielle Blut mittels der Venenbahnen in den Unterschenkel zu leiten. Er stellte hierzu eine laterale Anastomose zwischen Art. und Ven. femoralis her — ohne sein Ziel zu erreichen. Verff. knüpfen an diese Beobachtung die Zusammenstellung der einschlägigen Tier- und Leichenversuche, physiologische und pathologische Betrachtungen, aus denen ersichtlich ist, daß man von dem Vorgehen Jaboulay's für die Heilung des trockenen Brandes wegen Endarteriitis obliterans vorläufig nichts erwarten kann, weil die Klappen der Extremitätenvenen den Eintritt des arteriellen Blutes verhindern. Auch eine End-zu-Endvereinigung der beiden Gefäße würde keinen besseren Erfolg versprechen. **Christel** (Metz).

---

13) **V. Lieblein.** Über den artikulierenden Gipsverband und seine Anwendung zur Behandlung angeborener und erworbener Deformitäten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 3.)

Verf. legt in seiner Arbeit die Erfahrungen nieder, welche er an der Prager chirurgischen Klinik mit der Anwendung des artikulierenden Gipsverbandes zur Behandlung des Klumpfußes, der fibrösen Kniegelenkskontraktur und des Pes excavatus gemacht hat. Die Technik des Verbandes beruht in der Hauptsache auf dem Gersuny'schen Prinzip, nach dem Trocknen des mit Gelenkscharnieren versehenen Gipsverbandes an der zu beugenden Seite ein eliptisches Stück auszuschneiden, an der gegenüberliegenden Seite aber nur lineär zu durchtrennen und dort nach gewaltsamer Biegung in den klaffenden Spalt einen Korkpfropfen zu stecken, welcher nach und nach durch immer größere zu ersetzen ist.

Nach der Besprechung der bisher angegebenen mannigfachen unblutigen Methoden zur Behandlung des Klumpfußes und unter Beigabe eines 143 Einzelnummern fassenden Literaturverzeichnisses schildert Verf. seine Methode der Klumpfußbehandlung, welche das

auf einzelne, zeitlich weiter auseinanderliegende Sitzungen verteilte forcierte Redressement mit dem in der Zwischenzeit zwischen den einzelnen Sitzungen durchgeführten allmählichem Redressement im Gipsverband kombiniert. Dabei wird zuerst die Adduktion, dann die Supination und schließlich die Equinusstellung korrigiert.

Bei der Behandlung der fibrösen Kniegelenkskontraktur wird der Gipsverband mit Einschluß des ganzen Fußes von den Zehen bis zum Damm angelegt. Die Scharniere werden entsprechend der Kniegelenkslinie seitlich derart eingegipst, daß ihr Drehpunkt vor den des Kniegelenks kommt. Nach dem Trocknen wird er in der beschriebenen Weise eingeschnitten und dann nach jeweils 3—4 Tagen eine weitere Streckung vorgenommen.

Zur Behandlung des Hohlfußes müssen die Scharniere derart eingegipst werden, daß ihre Drehungsachsen in den Scheitel des nach unten offenen Knickungswinkels zu liegen kommen.

Blauel (Tübingen).

---

14) **K. Ludloff.** Über Wachstum und Architektur der unteren Femurepiphyse und oberen Tibiaepiphyse. Ein Beitrag zur Röntgendiagnostik.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 1.)

Verf. hat eine möglichst vollständige Reihe von Röntgenphotogrammen normaler Knie vom 1. Jahre an bis ins Greisenalter zu erhalten gesucht unter der Annahme, daß die genaue Kenntnis der normalen Befunde von größter Bedeutung für die Frühdiagnose tuberkulöser Veränderungen am Kniegelenk sein würde. Die Resultate seiner Untersuchungen faßt Verf. folgendermaßen zusammen:

1) Die Epiphysenfuge am unteren Femur- und oberen Tibiaende persistiert bis zum 15. Jahre; an diesen Fugen tritt von $2^3/_4$—8 Jahren ganz besonders lebhafte Knochenproduktion ein. Vom 7.—15. Jahre entwickelt sich sehr schnell die Tuberositas tibiae.

2) Der Condylus medialis wächst besonders rapid von 2 bis $3^3/_4$ Jahren, der Condylus lateralis dagegen im 4. Lebensjahre; von da an tritt eine gleichmäßigere Vergrößerung der knöchenen Kondylen auf.

3) Der Condylus medialis erscheint auf dem Röntgenbild größer und von weniger dichter Spongiosa aufgebaut als der Condylus lateralis. Der Condylus lateralis zeigt eine stärkere und dichtere Entwicklung von Längsknochenbälkchen als der Condylus medialis.

4) In der vorderen Hälfte der Kondylen bleibt in querer frontaler Richtung ein Raum ausgespart, in dem keine Knochenlängsbälkchen sichtbar sind.

5) Vom 2. Lebensjahre an entwickeln sich besonders auffallende Querbälkchenzüge in der unteren Femur- und oberen Tibiadiaphyse.

6) Sobald die beiden Kondylen sich knöchern von einander differenzieren, treten in der Incisura intercondyloidea Quer- und Schrägbalkenzüge auf.

7) Vom 25. Jahre an erscheinen in der Femurepiphyse schon die ersten Merkmale von Knochenatrophie. **Blauel** (Tübingen).

---

15) G. Schmidt. Die anatomische Gestaltung des Kniestreckapparates beim Menschen.

(Sonderabdruck aus Archiv für Anatomie und Physiologie. Anatomische Abteilung 1903.)

Verf. präparierte an Leichen den Streckapparat des Kniegelenks und vergleicht seine Untersuchungen mit 2 Präparaten von Kniescheibenbruch aus der Breslauer anatomischen Universitätssammlung. Er fand, daß das Ligamentum patellae inferius durchaus nicht, wie dies in den meisten anatomischen Lehrbüchern beschrieben, die einzige Fortsetzung der vorderen Oberschenkelmuskeln ist, daß vielmehr der gesamte Streckapparat höchst kompliziert und kunstvoll. So nehmen die Fasern der allgemeinen Körperfascie an der Außen- und Innenseite des Oberschenkels entsprechend dem Lig. intermusculare ext. und int. deutliche Längsrichtung an und setzen sich in der Höhe der Kniescheibe in quer verlaufende, den Knochen völlig umgreifende Streifen fort. In ähnlicher Weise umgreift die Fascia lata, deren Hauptfasermassen am Oberschenkel seiner Längsrichtung entsprechend in schräger Richtung von oben lateral nach unten median ziehen, die Kniescheibe mit einer Schleife, deren abgerundeter Scheitel durch Ausstrahlungen eine feste Verbindung mit der Tibia, Fibula und Fascia cruris eingeht. Derselbe Vorgang wiederholt sich endlich bei dem gesamten Muskelapparat, indem von den Sehnen nach den verschiedensten Richtungen hin Fasern ausstrahlen. Durch das Vorhandensein eines so ausgeprägten Reservestreckapparats erklärt es sich, daß bei Kniescheibenbrüchen die Funktion trotz der Fraktur erhalten sein kann — eine den Chirurgen bekannte Tatsache. — Von den zwei Präparaten ist in einem Falle die Kniescheibe allein gebrochen, in dem anderen auch der Nebenstreckapparat teilweise eingerissen. Da indes zu den Präparaten Krankengeschichten nicht vorhanden, so lassen sich Schlüsse auf die Funktion im Leben nur vermuten.

Coste (Straßburg i. E.).

---

16) H. Schmidt. Zur Behandlung des Kniegelenksergusses.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1903. Nr. 7.)

S. spricht sich für die Punktion jedes akut traumatisch entstandenen Kniegelenksergusses aus, da nach seinen Erfahrungen diese punktierten Ergüsse ein schnelleres Heilungsresultat gewährleisten als die nicht punktierten. Die Punktion ist ausreichend und die Inzision nicht erforderlich, wenn spätestens am dritten Tage der Verletzung punktiert wird; eine Spülung des Gelenks ist nicht erforderlich. Bei den mehr chronisch entstandenen oder aber rückfälligen oder nach einer früheren Gonorrhöe aufgetretenen Ergüssen

soll nicht punktiert werden. Nach des Ref. Ansicht kann man bezüglich dieser Punkte nicht schablonisieren; ein geringer akut traumatischer Erguß heilt unter Massage usw. auch ohne Punktion, während andererseits bei chronischen Ergüssen die Punktion event. mit Auswaschung notwendig werden kann. **Herhold** (Altona).

---

17) **L. Ombrédanne.** Le genu valgum à évolution prolongé. L'opération d'Ogston.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 2.)

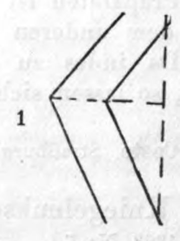
Die Vorgeschichte mancher Genua valga deutet mit Bestimmtheit mit schubweiser Entwicklung, Fieber, mehr oder weniger rasch vorübergehender Schmerzhaftigkeit u. dgl. Erscheinungen auf osteomyelitischen Ursprung, wofür der Verf. ein Beispiel anführt. Gerade in solchen Fällen mit schubweiser Entwicklung kommt es zu hochgradigen Formabweichungen, bei denen die MacEven'sche Operation ihre Vorteile verliert, während nach der Ansicht des Verf. die Ogston'sche Operation, die er noch durch Herausschneidung einer 1 cm breiten Knochenplatte kompliziert, ihre besonderen Vorzüge entfaltet. **Herm. Frank** (Berlin).

---

18) **Kirmisson.** Des causes de disparition de la difformité constituant le genu valgum pendant la flexion du genou.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 2.)

»Nach K.« ist die Erklärung des Phänomens eine ganz einfach mechanische und läßt sich durch entsprechend geformte Papierstreifen, welche man im Knickwinkel faltet und dessen Hälften sich dann übereinanderlegen, ohne weiteres versinnbildlichen.





Die Probe auf dies Exempel liefert der Fall 2, wenn die Faltung nicht im Knickwinkel, sondern in einer schrägen Linie erfolgt, deren einer Endpunkt oberhalb des einen Scheitelpunktes liegt. Dann legen sich die Streifen nicht übereinander, sondern sie weichen voneinander ab. Dieser Fall wird verkörpert dann, wenn die Deformation auf einer Hypertrophie des Schienbeinkopfes beruht; hierbei gleicht sich die Knickstellung in der Beugung nicht aus. Diese bekannte Tatsache demonstriert Verf. an einer Beobachtung, wo die

obere Epiphyse des Schienbeins zur Diaphyse gebogen steht und dadurch das Bild des Genu valgum erzeugt wird. Es handelt sich in diesem Falle um eine Verletzung des Knies in der Jugend mit nachfolgender Osteomyelitis des Tibiakopfes und Zurückbleiben des Wachstums in der äußeren Epiphysenhälfte.

(Es lohnt sich wohl darauf hinzuweisen, daß nicht K. es ist, welcher diese höchst einfache Erklärung für ein anscheinend rätselhaftes und vielgedeutetes Phänomen zum erstenmal gegeben hat. Schon in den ersten Auflagen seines Lehrbuches, dieser Fundgrube für mathematische Auflösungen medizinischer Probleme, hat Albert diese Aufklärung gegeben, merkwürdigerweise mit dem gleichen Rat, wie K., sich an Papierstreifen die Sache klar zu machen und mit Hinweis auf die Analogie eines Buches, dessen Seiten symmetrisch zusammenfallen. Freilich ist die Erklärung nur vollgültig für die Fälle, wo Femur- und Tibiakondylen zu gleichen Teilen den offenen Winkel zusammensetzen und die »Faltungs«linie mit der Gelenkspaltlinie so gut wie eins ist. Indessen handelt es sich ja nicht um genau lineäre, sondern um körperliche bezw. Flächendeckung. Ref.)

Herm. Frank (Berlin).

---

19) **J. A. Bussière.** Amputations ostéoplastiques femororotuliennes.

(Revue de chir. Jahrg. XXIII. Nr. 3.)

Die Gritti'sche Operation habe noch immer nicht die verdiente Anerkennung in der Allgemeinheit gefunden, vor allem nicht in Frankreich, wo man statt ihrer die Exartikulation des Unterschenkels mit Entfernung der Kniescheibe vorzöge. Unter Benutzung einiger kleiner Modifikationen hat B. den Gritti 4mal mit sehr befriedigendem Erfolg ausgeführt.

Diese bestehen im wesentlichen darin, daß B. den Kniescheibenknorpel entsprechend der winkligen Anordnung der hinteren Facetten etwa mit einer Neigung von 130° abträgt und dementsprechend auch die Sägefläche des Oberschenkels gestaltet, so daß sich die Kniescheibe gut einfügt und sicherer verwächst. Das Abgleiten aus ihrem Lager verhindert er durch Silberdrahtnähte. Außerdem werden die Sehnen, patte d'oie usw. mit den Seitenbändern der Patella vernäht.

Vor der suprakondylären Amputation hat die Gritti'sche als Vorteil voraus 1) einen längeren Stumpf, 2) bleibt das Bein dicker, weil der Quadriceps weniger atrophiert, 3) findet sich die Stütz(End)-fläche in der Höhe der Gelenklinie des anderen Beines. Krankengeschichten und Abbildungen vervollständigen die Arbeit.

Christel (Metz).

---

20) **C. Schlatter.** Verletzungen des schnabelförmigen Fortsatzes der oberen Tibiaepiphyse.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 3.)

Die Absprengung des das Caput tibiae vorn schnabelförmig umfassenden Fortsatzes der oberen Tibiaepiphyse stellt Verf. an der Hand von 7 einschlägigen Beobachtungen und unter Beigabe mehrerer Röntgenaufnahmen als ein klinisch scharf charakterisiertes Krankheitsbild dar, dessen Symptomenkomplex in den meisten Fällen auch ohne skiagraphische Nachhilfe einfach und leicht zu deuten ist. Auf Grund von genauen Betrachtungen von Knochenpräparaten und Röntgenbildern stellt Verf. fest, daß der Epiphysenfortsatz durch ein Gegeneinanderwachsen des auf der Tuberositas liegenden Knochenkerns aus der Epiphysenplatte entsteht, und daß die Verbindungsstelle der beiden Teile des Epiphysenfortsatzes einen Locus minoris resistentiae bildet. Das am meisten charakteristische Symptom der hauptsächlich im 13. oder 14. Jahre vorkommenden Verletzung ist der typische Druckschmerz, welcher auf der Tuberositas tibiae ca. $2^1/_2$ cm unter der Kniegelenksspalte an einer genau mit der Fingerkuppe zu deckenden Stelle sich findet. Therapeutisch kommt bei der prognostisch günstigen Affektion Ruhigstellung und frühzeitige Massage in Betracht.

Blauel (Tübingen).

---

21) **Broca.** Indications générales du traitement dans le pied bot varus-équin congénital.

(Revue mens. des malad. de l'enfance Bd. XXI. p. 193.)

Verf. rät für den Neugeborenen womöglich vom ersten Tage an manuelles Redressement in mindestens 3 Sitzungen wöchentlich. In der Zwischenzeit Fixation durch einfache Flanellbinde. Das Redressement beschränkt sich in den ersten Wochen auf die Varus- und Supinationsstellung. Die Spitzfußstellung muß meist nach 14 Tagen bis 6 Wochen durch Tenotomie — und zwar offene, um auch die fibrösen Fasern von der Tibia zum Calcaneus zu beseitigen — geheilt werden. In Fällen, bei welchen diese Behandlung nicht zum Ziel führt oder die in späteren Monaten zur Behandlung kommen, wendet B. das modellierende Redressement nach Lorenz an, jedoch nur bis zum 18. höchstens 24. Monat. Später macht er die Tarsektomie. Er empfiehlt, sich beim jugendlichen Kinde im allgemeinen auf Resektion der Gelenkköpfe des Talus und Calcaneus zu beschränken. Die Phelps'sche Operation verwirft er als nicht genügend. Er verwirft in diesem Alter das unblutige Verfahren nicht prinzipiell, sondern glaubt nur mit der geschilderten Methode bedeutend schneller ein funktionell und auch ästhetisch fast gleichwertiges Resultat zu erzielen.

Göppert (Kattowitz).

---

22) **Reichard** (Magdeburg). Zur Behandlung des angeborenen Klumpfußes.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 19.)

Verf. bevorzugt ein ganz langsames etappenweises Redressement bei der Behandlung angeborener Klumpfüße; gewaltsames Redressieren, womöglich in einer Sitzung, verwirft er ebenso wie eingreifende blutige Operationen am Skelettsystem. Seinem Redressement schickt er die Tenotomie der Achillessehne voran, und bei ausgebildetem Klumpfuß bei nicht mehr ganz kleinen Kindern läßt er später die Sehnenüberpflanzung folgen: der Tibialis anticus wird zum Teil an die Sehne des Extensor digitorum communis angenäht, die Peroneussehnen werden verkürzt. Bei ganz kleinen Kindern soll man rechtzeitig mit dem Redressement beginnen, damit sie vollständig geheilt sind, wenn sie zu laufen anfangen.

Schmieden (Bonn).

Kleinere Mitteilungen.

23) 70. Jahresversammlung der British med. association zu Manchester. 29. Juli bis 1. August 1902.

(Brit. med. journ. 1902. Oktober 25 u. November 8.)

(Schluß.)

W. McAdam Eccles: The value of the imperfectly-descended-testis.

E. weist auf den Gehalt des Hodens an Zwischenzellen auch bei mangelhaftem Descensus hin. Er glaubt, daß dieselben in Zusammenhang mit einer »inneren Sekretion« zu bringen und für die Entwicklung des Organismus von Bedeutung sind. Für die Behandlung kommen drei Verfahren in Betracht: die Verlagerung des Hodens in den Hodensack, die Verlagerung in die Bauchhöhle und die Exstirpation des Organs. Bei doppelseitiger Retention sind die Hoden unbedingt zu schonen, bei einseitiger wird man sich nach den jeweiligen Verhältnissen richten müssen, namentlich in Hinsicht auf eine gleichzeitig bestehende Hernie. Um den Verschluß der Bauchhöhle zu sichern, wird man sich eher zur Exstirpation des Organs entschließen, es sei denn, daß die Verlagerung in den Hodensack sich mühelos bewerkstelligen läßt. Ob es aber in letzterem Falle zu einer Weiterentwicklung des Hodens kommt, erscheint fraglich. Die Behauptung, daß der in der Bauchhöhle zurückgehaltene Hoden eine Prädilektionsstelle für die Entwicklung bösartiger Geschwülste abgegebe, wird bestritten.

Rutherford Morison: An operation for gallstones with the after-history of a series of cases operated upon.

M. empfiehlt zur Freilegung der Gallenblase einen Schnitt von 1 cm unter der Spitze der 12. Rippe bis zur Mittellinie verlaufend, wo er im oberen Teile des mittleren Drittels der Verbindungslinie von Processus ensiformis und Nabel endet. M. führt 43 solcher Gallensteinoperationen in einer Tabelle auf. 7 von den 43 Operierten klagten später wieder über Beschwerden, bei 2 handelte es sich dabei wahrscheinlich um ein echtes Rezidiv, da die Beschwerden sich erst 4 bezw. 6 Jahre nach der Operation erneuerten. Dabei war in einem Falle Gallenblase und Ductus cysticus exzidiert worden. Bei 2 Fällen waren sicher Steine bei der Operation zurückgelassen worden, wahrscheinlich auch in den übrigen 3 Fällen. In 4 Fällen kam es zur Bildung eines Bauchbruchs.

A discussion on the treatment of chronic enlargement of the prostate.

P. J. Freyer gibt die Krankengeschichten von sieben weiteren Fällen von Prostatahypertrophie, bei welchen er die Exstirpation des Organs vom hohen Blasenschnitt aus ausgeführt hat. Im ganzen verfügt er jetzt über 21 solche Operationen bei Pat. im Alter von 58—79 Jahren. Alle hatten ein kürzeres oder längeres Katheterleben hinter sich. 19 Kranke wurden völlig von ihren Beschwerden befreit. Ein Kranker ging $3^1/_2$ Wochen nach der Operation im maniakalischen Anfall zugrunde, der zweite 9 Tage später an akuter Herzlähmung.

Alexander und Macewen treten für den perinealen Weg bei der Prostataexstirpation ein.

Parker Syms bemängelt bei der suprapubischen Methode die Beschaffenheit der Wundverhältnisse, namentlich, daß es zu einer manchmal nicht unbeträchtlichen Zerreißung der hinteren Blasenwand kommt, und daß dahinter an der Stelle, wo die Prostata lag, ein Blindsack zurückbleibt. S. macht die Sectio mediana. Die Pars prostatica der Harnröhre wird gedehnt, dann ein von S. angegebener Retraktor eingeführt, im wesentlichen ein Gummiballon, welcher in der Blase liegend mit Wasser aufgepumpt wird. Dadurch wird die Prostata nach unten gedrängt und ihre Ausschälung aus der Kapsel wesentlich erleichtert. Die Wunde und die Tasche, in welcher die Prostata lag, wird austamponiert. Für den Abfluß des Urins sorgt ein Dauerkatheter. L. hat die Operation 21mal ausgeführt ohne Todesfall bei Männern im Alter von 50—78 Jahren. Der Erfolg war in allen Fällen ein guter, namentlich auch waren keine Störungen der Kontinenz zu verzeichnen.

R. Harrison weist die Präparate von sieben Fällen vor. Bei 6 Pat. hat er die Sectio alta ausgeführt, 1mal die Sectio mediana. Im allgemeinen glaubt er, daß der perineale Weg die größere Zukunft für sich hat.

N. Senn: The purse string suture in gastrorrhaphy for gunshot wounds: An experimental contribution.

S. empfiehlt die Tabaksbeutelnaht zum Verschluß von Magenwunden, namentlich solchen, bei welchen die Ränder zerrissen oder gequetscht sind, wie das bei Schußwunden ausnahmslos der Fall ist. An der vorderen Magenwand wird ein Zipfel, innerhalb dessen die Perforation liegt, hoch gehoben, die Tabaksbeutelnaht angelegt und unter Einstülpung der Wundränder fest angezogen, so daß möglichst breite Serosaflächen aufeinander zu liegen kommen. Die Naht faßt alle Schichten der Magenwand mit Ausnahme der Schleimhaut. Ist die hintere Magenwand gleichzeitig verletzt, dann sucht S. die Ränder durch die Perforation der vorderen Magenwand hindurch zu fassen und nach außen zu ziehen. Die Naht wird dergestalt angelegt, daß sämtliche Schichten mit Ausnahme der Serosa gefaßt werden. Dabei kann die Bursa omentalis durch die Wunde der hinteren Magenwand ausgespült werden. S. hat bei fünf Hunden diesbezügliche Experimente ausgeführt. Es kam regelmäßig zu einer völligen Heilung der Wunde.

Ferd. C. Valentine: The diagnosis of urethral diseases.

Nichts Neues.

Kennedy Dalziel: Thirty cases of gastro-enterostomy for non-malignant affections of the stomach.

In 16 Fällen von Magenerweiterung war dieselbe Folge einer Verengerung des Pylorus, in 8 weiteren die Folge von Verwachsungen. Stets war eine erfolglose interne Behandlung während 2 bis 17 Jahren vorausgegangen. Im allgemeinen bevorzugt D. die Gastroenterostomia posterior, nur in 4 Fällen wurde wegen der erheblichen Verwachsungen die Gastroenterostomia anterior ausgeführt. Ein Operierter ist gestorben. Von den übrigen sind 18 völlig beschwerdefrei, 3 haben noch Schmerzen, führen aber ein erträgliches Dasein, die anderen sind bei bestem Wohlsein, müssen jedoch mit der Diät vorsichtig sein.

Auch bei Pylorusstenose infolge von Verwachsungen gibt D. der Gastroenterostomie den Vorzug, nachdem er zuerst versucht hatte, mit der Lösung der

Verwachsungen auszukommen. Von 7 so behandelten Kranken ist nur einer dauernd gebessert worden.

G. M. Edebohls: Renal decapsulation versus nephrotomy, resection of the kidney and nephrectomy.

E. macht drei Gründe für die Dekapsulation gegenüber der Nierenspaltung geltend: 1) Die Untersuchungen Langemak's, wonach die Spaltung der Niere einen Verlust an Nierengewebe bedingt, 2) die geringere Blutung, 3) die einfachere Wundbehandlung. Die Operation ist von E. ausgeführt an 40 Kranken wegen chronischer Nierenentzündungen; bei 16 Pat. wurde gleichzeitig die ein- oder beiderseitige Nephropexie ausgeführt. Die übrigen 24 Fälle sind alle während der letzten 9 Monate operiert, und ist die Beobachtung derselben noch nicht abgeschlossen. Bei chronischer Nephritis führt E. die Operation allemal an beiden Nieren aus; die Hauptgefahr bietet die Narkose, so daß ein zweimaliges Operieren nicht ratsam erscheint. E. berichtet sodann über seine Versuche, den Kreis der Indikation für die Dekapsulation weiter auszudehnen. So hat er diese 2mal bei akuter Pyelonephritis und miliaren Abszessen der Niere gemacht. Beide Male trat eine erhebliche Besserung ein, wenn auch der Eiter nicht völlig aus dem Urin verschwand. Bei einem Falle von hämorrhagischer Nephritis, in welchem schon urämische Zustände eingetreten waren, fanden sich bei der Operation beide Nieren sehr stark vergrößert. Es trat rasch Besserung ein, so daß 14 Tage später Eiweiß und Zylinder aus dem Urin geschwunden waren. Eine Woche später erkrankte die Pat. an Pneumonie, welcher sie erlag. Bei der Autopsie fanden sich nur geringfügige Veränderungen beider Nieren.

Von zwei Fällen von intermittierender Hydronephrose kombiniert mit chronischer Nierenentzündung wurde einer gebessert, ohne daß indessen das Eiweiß im Harn zum Schwinden gebracht wurde.

Schließlich hat E. die Operation ausgeführt bei polycystischer Degeneration kombiniert mit chronischer Nephritis. Eine Besserung trat ein, doch ist für die Abgabe eines definitiven Urteils die Beobachtungszeit zu kurz.

Nepean Longridge. Value of blood-counts in abdominal diseases.

L. stellt die Resultate von Blutuntersuchungen in 36 Fällen von Erkrankungen des Wurmfortsatzes zusammen und kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schluß, daß eine Leukocytose kein absoluter Beweis für das Vorhandensein von Eiter bildet, daß sie aber als wertvolles Zeichen einer bestehenden Toxämie anzusehen ist. Irgendwelche Beziehungen zwischen dem Grade der Leukocytose und der Stärke der Toxämie lassen sich zurzeit noch nicht feststellen. L. erblickt in dem Ansteigen der Leukocytose ein Zeichen dafür, daß die vom Wurmfortsatz ausgehende Infektion an Virulenz zunimmt. Ein absoluter Wert kommt der Blutuntersuchung nicht zu, doch ergibt ein ständiger Vergleich derselben mit den übrigen Symptomen ein wertvolles Hilfsmittel zur Diagnosenstellung.

E. Stanmore Bishop: Union of intestine.

B. empfiehlt zur Vereinfachung der Darmnaht einen resorbirbaren Knopf, der nach den freien Enden leicht konisch zuläuft und dort, wo die Vereinigung erfolgen soll, eine ziemlich tiefe Rinne trägt. Er demonstriert drei Formen. Eine ist bestimmt für die End-zu-Endnaht, die zweite für Ileokolostomie und Gastroenterostomie, die dritte endlich für die Naht nach erfolgter Pylorusresektion.

Mayo Robson: Case of resection of the stomach. Patient well eighteen mouths later.

Sehr ausgedehnte Magenresektion, nur eine kleine Partie war an der Einmündung des Ösophagus zurückgelassen worden. $1^1/_2$ Jahre später war die Kranke im besten Wohlbefinden. R. rät, dort, wo der Verdacht auf Magenkrebs besteht, unverzüglich durch eine Probelaparotomie Klarheit zu schaffen.

Walker Downce: The removal of deformities of the nose by the subcutaneous injection of paraffin.

D. zeigt die Photographien von sechs Fällen von durch Paraffininjektion gebesserten Nasendeformitäten. Um das Erstarren des Paraffins in der Nadel zu verhüten, führt D. einen dünnen Platin um dieselbe, welcher durch die Durchleitung eines elektrischen Stromes erhitzt wird. Damit das Paraffin nicht über die Grenzen der Nase in das Gewebe eintritt, wird zunächst die Nase mit einem Kollodiumstreifen umrandet, ferner während der Injektion durch einen Assistenten eine Kompression ausgeübt.

Mayo Robson: Case of complete excision of the urinary bladder.

Bei einer 42jährigen Frau, welche schon zweimal wegen einer Blasengeschwulst operiert worden war, trat abermals ein Rezidiv auf, welches die ganze Blasenwand einnahm und zu sehr erheblichen Blutungen Anlaß gab. R. entfernte die ganze Blase bis zur Harnröhre herab und nähte die Harnleiter in die Scheide ein. Er beabsichtigte, späterhin letztere unter Benutzung der zurückgelassenen Harnröhre zu verschließen und so einen Ersatz für die Blase zu schaffen. Nach der Operation ergab sich, daß die linke Niere schwer infiziert war. Am 13. Tage nach der Operation ging die Frau an Urämie zugrunde.

Henderson Nicoll: The radical cure of femoral herniae.

N. schlägt folgendes Verfahren vor: 1) Freilegung des Sackes von einem Längs- oder Schrägschnitt aus; Eröffnung desselben und Reposition des Inhalts. Der Bruchsackhals wird bis 1 Zoll weit über den Ring isoliert, insbesondere also von der Fascia transversalis und der Fascia iliaca, der Bruchsack der Länge nach gespalten. In der einen Hälfte wird nahe dem Hals ein Schlitz gemacht und die andere Hälfte durch diesen Schlitz hindurchgezogen. Sodann wird der Sack in den vorher frei gemachten Raum zwischen Bauchfell und Fascie reponiert, so daß er also an die Innenseite des Femoralringes zu liegen kommt.

Nun wird von der Vena femoralis ein Schnitt medianwärts entlang dem Pecten ossis pubis bis zum Tuberculum pubicum geführt, der den Ansatz der Fascia lata, den Ursprung des M. pectineus und das Periost durchtrennt. Letzteres wird in mäßiger Ausdehnung vom Knochen abgehebelt, dann der Knochen nahe an seinem Rande an zwei Stellen durchbohrt, welche $1^1/_2$—$2^1/_2$ cm voneinander entfernt sind. Nun wird durch eins der Bohrlöcher eine Schlinge starken Catguts durchgeführt. Die Schlinge wird durchschnitten. Einer der Fäden wird nach Art der Matratzennaht durch das Lig. Pouparti durchgeführt, dann der zweite Faden ebenso, jedoch in einem höheren Niveau. Beide freien Fadenenden werden zu dem zweiten Bohrloch hinausgeleitet und die zusammengehörigen Fadenenden über dem Knochen geknoten. Endlich werden der abgelöste Ansatz des M. pectineus und die Fascia lata gegen das an den Knochen fixierte Lig. Pouparti genäht und die Hautwunde geschlossen.

McFeely: Rodent ulcer: its pathology and treatment.

McF. hebt die klinischen Unterschiede hervor, welche gegenüber dem Karzinom bestehen.

Das Ulcus rodens setzt keine Metastasen; selbst ohne Behandlung sind vielfach reparative Vorgänge zu beobachten. Beim Fortschreiten zeigt es eine bemerkenswerte Neigung, die Haarfollikel zu verschonen. McF. kennt nur einen von Paget berichteten Fall, in welchem das Geschwür seinen Sitz auf der behaarten Kopfhaut hatte. Ein hervorstechendes Symptom ist die Bildung eines Exsudats, auf dessen Rechnung McF. auch die Ausbreitung des Ulcus setzt, indem dieselbe hauptsächlich in der Richtung erfolgt, nach welcher das Exsudat seinen Lauf nimmt. Namentlich dort, wo dasselbe Gelegenheit hat zu stagnieren, soll es seine Wirkung entfalten, wohl weil es das umliegende Gewebe infiziert. Kaustische oder irritierende Substanzen üben auf den Verlauf des Karzinoms vielfach einen nachteiligen Einfluß aus, während dieselben beim Ulcus rodens vielfach von Nutzen sind.

Nicht zu große und leicht zugängliche Geschwüre behandelt McF. mit reinem Formalin. Ist eine zweite oder dritte Applikation erforderlich, dann kommt eine 50%ige Glyzerin-Formalinlösung mit oder ohne Zusatz von Tannin in Anwendung. Bei tiefgreifenden Geschwüren wird zuerst alles krankhafte Gewebe mit dem Messer und scharfen Löffel entfernt und sodann das Formalin appliziert. Drei Krankengeschichten beweisen den guten Erfolg des Verfahrens. Übrigens hat der Autor das Formalin auch in der Behandlung zweifellos bösartiger Geschwülste mit befriedigendem Erfolg angewandt.

Hastings Gilford: Three cases of hour glass contraction of the stomach treated by operation.

G. teilt die Krankengeschichten von drei Fällen von Sanduhrmagen mit, in welchen die Gastroplastik ausgeführt wurde. Der interessanteste der Fälle ist der, bei welchem sich neben einer oberen und unteren Abteilung eine dritte von der kleinen Kurvatur ausgehende, nach der Leber zú gelegene Tasche fand. G. erklärt sich das Bestehen dieses Sackes so, daß früher an dieser Stelle ein Geschwür bestand, welches perforierte und schließlich eine Höhle zurückließ. Auch hier wurde die Gastroplastik ausgeführt. Anfänglich trat eine erhebliche Besserung des Befindens ein, einen Monat nach der Operation aber plötzlich starkes unstillbares Blutbrechen, dem die Kranke erlag. Bei der Sektion ergab sich, daß die Wunde im Magen noch nicht völlig verheilt war, und daß von dieser Stelle aus wahrscheinlich die Blutung erfolgt war.

J. Lynn Thomas: Two cases of urethrectomy for traumatic stricture.

Zwei Fälle von traumatischer Striktur, bei denen Resektion der Harnröhre sehr gute Resultate ergab.

J. Lynn Thomas: Modified Vulliet's nephropexy simplified by the use of a swivel tenotome.

T. hat die Nephropexie in zehn Fällen folgendermaßen ausgeführt. Von der Sehne des M. erector trunci wird mittels eines stumpfen Instruments ein Bündel abgespalten, dann die Niere freigelegt. Die Nierenkapsel wird durch zwei parallel verlaufende Längsschnitte gespalten, und die zwischen diesen Schnitten liegende Partie der Kapsel vom Nierengewebe abgelöst. Die abgetrennte Sehnenpartie wird gespalten, die Enden von innen nach außen unter der abgelösten Kapsel durchgezogen, umgeschlagen und in der Nähe der Wirbelsäule fixiert. Die Wunde wird vollständig vernäht.

B. G. A. Moyniham: A series of cases illustrating the complications of gallstone disease.

14 Fälle zur Kasuistik der Gallensteine. **Weiss** (Düsseldorf).

---

24) J. Lyon. Blood examination in general practice.

(Buffalo med. journ. 1903. Juni.)

L. teilt eine Anzahl von Krankengeschichten mit, welche den Wert der Blutuntersuchung für eine genaue Differentialdiagnose zeigen, so z. B. bei Becken- und Nierenabszessen, Appendicitis, Darmperforationen, akutem Ileus, und besonders bei der Differentialdiagnose zwischen bösartigen Milz- und Nierengeschwülsten und Hypertrophien dieser Organe. Die Blutuntersuchung hat nur bei Erwachsenen und älteren Kindern Wert, da bei jüngeren Kindern der Blutbefund sehr abweichend sein kann; so zeigen letztere z. B. eine ausgesprochene Leukocytose unter Verhältnissen, unter denen bei Erwachsenen keine vorhanden ist.

Mohr (Bielefeld).

25) Meyer. Über die pyogene Wirkung des Pneumokokkus.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 1.)

Es mehrt sich die Erfahrung, daß der Pneumokokkus mit und ohne Pneumonie an den verschiedensten Organen Eiterung erregen kann. M. teilt 24 derartige,

meist in der Straßburger chirurgischen Klinik beobachtete Fälle mit unter ausführlicher Berücksichtigung der einschlägigen Literatur. Der Pneumokokkus erwies sich als Eitererreger in 2 Fällen von abssedierender Strumitis, je einmal bei Bubo inguinalis und axillaris. Bedenkt man, daß der Pneumokokkus bei einem sehr großen Teil aller Menschen einen ständigen Bewohner der Mundhöhle bildet, so kann es nicht auffallen, daß er sich in 4 Fällen von Parulis im Abszeßeiter fand. 4mal führte er zu Knocheneiterungen, 3mal zu Gelenkeiterung, 7mal zu Peritonitis (bei allen wurde Laparotomie gemacht, 2 starben), 2mal zu allgemeiner Pneumokokkensepsis infolge puerperaler Infektion (1 †). — Betreffs der Prognose der Pneumokokkenaffektionen läßt sich eine allgemeine Regel nicht aufstellen; sie hängt ab von der Widerstandskraft des befallenen Individuums und der Virulenz der Mikroben. **Haeckel** (Stettin).

26) **Jenssen.** Ein Fall von Pneumobazillensepsis. (Aus der med. Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Altona.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 29.)

Aus nicht nachweisbarer Ursache kam es bei dem 30jährigen Pat. zur Allgemeininfektion durch den Friedländer'schen Bazillus, der in Reinkulturen aus dem Blute gezüchtet werden konnte. Die Infektion führte zu Abszeßbildung in den Nieren, der Leber, Durchbruch eines Leberabszesses in die Bauchhöhle und diffuser eitriger Peritonitis. Bei der Sektion wurden außerdem vielfache pneumonische Herde in beiden Lungenunterlappen mit Pleuritis gefunden. Im rechten Schultergelenk, in welchem Pat. 60 Stunden vor dem Tode Schmerzen empfunden hatte, bestanden keinerlei entzündliche Veränderungen, war aber in der Gelenkflüssigkeit der Friedländer-Bazillus nachzuweisen.

Kramer (Glogau).

27) **Netter.** L'argent colloïdal en thérapeutique.

(Soc. méd. des hôpitaux de Paris 1903. Januar 16.)

130 mit Einreibungen und intravenösen Einspritzungen löslichen Silbers behandelte Fälle, u. a. eitrige Infektionen verschiedenster Art, Osteomyelitis, Appendicitis, Phlebitis, Empyem. Die intravenösen Einspritzungen erwiesen sich als ungefährlich, ohne unangenehme Nebenerscheinungen. Als Haupterfolg der Behandlung bezeichnet N. die rasche und intensive Besserung des Allgemeinzustandes, den fast immer eintretenden Temperaturabfall, die Abkürzung der Krankheitsdauer und die größere Seltenheit der Komplikationen. Die Wirkung des kolloidalen Silbers kann nicht allein durch die bakteriziden Eigenschaften des Silbers erklärt werden, sondern durch die von Bredig u. a. gefundene Tatsache, daß Metalle im kolloidalen Zustande sich wie wirkliche (anorganische) Fermente verhalten.

Mohr (Bielefeld).

28) **Mauclaire.** Morsure de cheval ayant nécessité la désarticulation de l'épaule. Injections préventives de sérum antitétanique. Tétanos atténué, traité par le chloral et les saignées. Guérison.

(Méd. moderne 1903. Juli 1.)

Pat. erhielt durch Pferdebiß einen komplizierten Vorderarmbruch. Da bereits 24 Stunden nach der Verletzung bei der Aufnahme die Wunde vereitert und die Lymphdrüsen der Achselhöhle geschwollen waren, so wurden tiefe Inzisionen angelegt und präventiv sofort und zum zweitenmal 24 Stunden später 10 ccm Tetanusantitoxin subkutan injiziert. Trotzdem schritt die Phlegmone rapid vorwärts, so daß am 5. Tage die Exartikulation des Armes in der Schulter vorgenommen wurde; und trotz der zweimaligen präventiven Injektion trat am 17. Tage nach der Verletzung, dem 12. nach der Exartikulation, Tetanus auf, der schwere Erscheinungen hervorrief und 25 Tage anhielt. Antitoxin wurde nur noch einmal injiziert. Hingegen wurden große Dosen Chloral gegeben und häufige Aderlässe vorgenommen.

Verf. ist der Ansicht, daß keinesfalls der Tetanus durch das Antitoxin hervorgerufen worden ist, glaubt vielmehr, daß der schließliche günstige Ausgang diesem mit zu verdanken ist, und daß vielleicht der Ausbruch des Tetanus durch eine weitere Fortsetzung der Präventivinjektionen hätte unterdrückt werden können.

Es ist eine Übersicht von elf weiteren eigenen Beobachtungen hinzugefügt; vier Pat. mit akutem Tetanus starben ohne Injektionen, einer trotz sofortiger Amputation. Von den sieben nach Ausbruch des Tetanus mit Antitoxin Behandelten starben die sechs akuten; und zwar wurde zweimal subkutan, 4mal intrakraniell injiziert. Erfolg wurde nur bei einem Falle von chronischem Tetanus beobachtet.

Coste (Straßburg i. E.).

29) **A. Holub.** Ein Fall von Kopftetanus mit Hypoglossusparese, geheilt nach Duralinfusion von Behring'schem Antitoxin.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 17).

Bei einem 11jährigen Knaben brach 3 Tage nach einer Schläfenverletzung durch Steinwurf Tetanus aus (Kaubeschwerden), 7 Tage nach dem Trauma allgemeine Krämpfe. Sehr schwerer Fall. Am 5. Tetanustag 10 ccm amerikanisches Serum subkutan, von 6. bis inkl. 10. Tetanustag täglich je 100 A.-E. Behringschen Serums subdural. Isolierzimmer. Während dieser Zeit kein Narkotikum oder dgl. Am 11. und 12. Tetanustag je 50 A.-E. Behring subdural. Hypoglossusparese (Verletzungsseite) trat erst im Verlauf der Krankheit auf. Schließlich Heilung, nachdem dreimal nach Aufhören des Tetanus spondylitische Erscheinungen von seiten der Lumbalwirbelsäule mit hohem Fieber und Schmerzen (nach 4, nach 6 und nach 10 Wochen) anfallsweise aufgetreten waren, die Verf. als die Folge einer traumatischen Irritation der Meningen, hervorgerufen durch die wiederholten Lumbalpunktionen bezeichnet.

Hübener (Dresden).

30) **Fuerstner.** Zur Kenntnis vasomotorischer Störungen.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 1.)

F. schildert unter Beifügung einer Anzahl von Abbildungen einige besonders auffallende und ungewöhnlich starke Angioneurosen bei neuropathisch veranlagten Individuen. Bei einer hysterischen 38jährigen Person trat schubweise Rötung und Schwellung des Gesichts auf mit Blasenbildungen wie bei einem schweren bullösen Erysipel. Bei einem 17jährigen Manne Schwellung und blaurötliche Färbung der Haut an verschiedenen Körperteilen mit Blasenbildung, die schubweise auftrat. Hereditäres Vorkommen sah er bei einer Frau und ihrer Tochter: zirkumskripte Ödeme, besonders an den Händen, mit periodischen Exazerbationen. Vielleicht abhängig von einem Trauma waren Verdickungen der Haut der Hand eines Maurers, welche zu abnormen Fingerstellungen geführt hatten. Endlich beschreibt er eine enorme Verdickung des Penis und Skrotum mit keloidartiger Verdickung der Haut und des Unterhautbindegewebes bei einem exzessiver Masturbation ergebenen Hypochonder.

Haeckel (Stettin).

31) **Habs** (Magdeburg). Über die Bier'sche Stauung.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 22.)

H. läßt bei Tuberkulose die Stauungsbinde in den ersten 8 Tagen zweimal täglich 4—5 Stunden, dann immer kürzere Zeit, schließlich bis zur Heilung täglich nur eine Stunde liegen und verbindet diese Behandlung mit Jodoformeinspritzungen. Die erreichten Erfolge waren bei »geschlossener« Tuberkulose mehrfach auffallend günstige, auch bei Kindern sehr gute, namentlich in bezug auf die Beseitigung von Schmerzen in dem kranken Gelenke. In anderen Fällen trat kürzere oder längere Zeit nach Einleitung der Stauungsbehandlung Verschlimmerung durch Fieber, Abszeßbildung usw. ein. Bei bestehenden Fisteln kam es nur selten ohne Operation durch die Stauungshyperämie zur Heilung. — Bei gonorrhoischen Gelenkentzündungen wurde gleichfalls von vornherein längerdauernde (8—12 Stunden täglich) Stauungsbehandlung angewandt, später nach Aufhören des

Fiebers und der Schmerzen zeitweise mit Heißluft- oder Lichttherapie kombiniert; auch hierbei erzielte H. insofern gute Resultate, als die Schmerzhaftigkeit und der Gelenkerguß rasch beseitigt wurden, während das Zurückbleiben von Deformitäten, Kapselverdickungen und Funktionsstörungen nicht verhütet werden konnte. Wenig Nutzen brachte die Stauungsbehandlung bei Arthritis deformans, mehrfach Besserungen bei den chronisch-rheumatischen Gelenkentzündungen, hier bei gleichzeitiger Anwendung von elektrischen Lichtbädern oder Heißluftkästen. Auch bei traumatischen Kontrakturen ließen sich unter dieser kombinierten Therapie einschließlich Massage und Medikomechanik sehr gute Resultate erreichen. Bei Erfrierungen ersten und zweiten Grades waren die Erfolge recht zufriedenstellende, wenn täglich für 1—2 Stunden die Stauungsbinde angelegt wurde.

H. empfiehlt auf Grund dessen die Stauungshyperämie als ein energisch wirkendes, bequem anwendbares und schmerz- und gefahrloses therapeutisches Hilfsmittel bei den angegebenen Krankheiten. **Kramer** (Glogau).

32) K. N. Smirnow. Zur Frage von den Fettembolien nach Knochentraumen.

(Cirurgie 1903. Juli. [Russisch.])

Frau, 20 Jahre alt, Pes varus d. nach Paralysis infantilis seit dem 2. Jahre. 18. Oktober Operation: Arthrodese im Talocruralgelenk nach Trennung der Achillessehne und Entfernung eines Knochenkeils aus dem Talus. Wegen starker Schmerzen Verbandwechsel am 2. und 4. Tage in schlechter Stellung. Am 24. Oktober gewaltsame Korrektion in Chloroformnarkose. Darauf starke Schmerzen, pseudohysterische Anfälle, die bald epileptiform wurden. Abends bewußtlos. Eiweiß, Zucker, harnsaures Na im Urin am nächsten Tage. Am 25. Oktober wieder mehrere Anfälle, aber schwächer — eine Art Status epilepticus, bei fehlendem Bewußtsein. 27. Oktober Wechsel der Gipsbinde. Wunde aufgegangen, aber aseptisch. Am nächsten Tage Bewußtsein etwas klarer, keine Anfälle, Temperaturabfall. Bald aber wieder Bewußtlosigkeit, Krämpfe (Trismus, Opisthotonus), Temperatur bis 40°, Eiweiß und Blut im Urin. Koma, Tod am 1. November. Sektionsbefund: Fettembolie der Lungenkapillaren mit Myeloplaxen, Hämorrhagien im Gehirn mit nachfolgender Erweichung, Hämorrhagien in Leber und Nieren.

Zwei Tabellen bringen: 1) 7 Fälle tödlicher Fettembolie nach gewaltsamer Streckung, 2) 18 Fälle (inkl. beschriebenem) tödlicher »zerebraler« Form von Fettembolie. **Gückel** (Kondal, Saratow).

33) K. Cramer. Ein Fall von multiplen kartilaginösen Exostosen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 2.)

C. bereichert die Literatur über multiple kartilaginöse Exostosenbildung um einen weiteren Fall und hat die meisten Exostosen, mit denen der Pat. behaftet war, in Röntgenbildern wiedergegeben. Was die Genese anlangt, so ist C. mit Hoffa zu dem Resultat gelangt, daß die Exostosenbildung Hand in Hand mit dem Verschwinden der Epiphysenlinie geht, und daß die multiple Exostosenbildung darauf beruht, daß das Material, welches ursprünglich zur Besorgung des Längenwachstums des Knochens bestimmt war, durch eine uns noch unbekannte Störung in der Entwicklung der Epiphysenlinie nach außen gedrängt worden ist, so daß es jetzt statt in die Länge, unregelmäßigerweise in die Breite gewachsen ist. **Hartmann** (Kassel).

34) Berent. Zur Ätiologie osteoarthropathischer Veränderungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 4.)

Der mitgeteilte Fall ist geeignet, den Zusammenhang neuritischer Prozesse mit osteoarthropathischen Veränderungen mit besonderer Schärfe zu zeigen. Ein 56jähriger Pat. hatte seit April 1902 öfter einen prickelnden Schmerz im linken Unterarme und in der linken Hand, der zeitweise auftrat und bald wieder verging.

Die Schmerzen steigerten sich allmählich, wurden unerträglich, betrafen schließlich den ganzen linken Arm und die linke Schulter.

Befund: In der linken Oberschlüsselbeingrube über dem inneren Drittel des Schlüsselbeines hühnereigroße, pulsierende Geschwulst, über der systolisches Schwirren hörbar ist. Der linke Oberarm erscheint an der Beugeseite atrophisch, der Unterarm im ganzen verdünnt, Ober- und Unterarmbewegungen sind beschränkt, Hand und Finger aktiv unbeweglich; passiv Motilität nicht beeinträchtigt. Sensibilität im Bereich des Unterarmes und der Hand für alle Qualitäten etwas herabgesetzt. Reflexe nicht auszulösen. Nervenstämme auf Druck sehr schmerzhaft, Medianus und Radialis verdickt fühlbar. Leichte Verdickung der Endphalangen. Nägel uhrglasförmig gekrümmt; brüchig und rissig. Linker Radialpuls kleiner. Die Therapie bestand in Anlegen eines modifizierten Desault-schen Verbandes, auf die Geschwulst Eisblase, innerlich Jodkali und Gelatine. Nach 3 Monaten war das Aneurysma über dem Schlüsselbein kleiner geworden, man konnte aber jetzt unterhalb des Schlüsselbeines eine pulsierende Geschwulst wahrnehmen. Linkes Schultergelenk völlig ankylotisch, linker Arm atrophisch und fast völlig gelähmt. Handgelenksgegend deutlich verbreitert; Verdickung des distalen Unterarmendes. Hand stark verunstaltet. Der Daumenballen völlig geschwunden. Endglieder sämtlicher Finger exzessiv verdickt, trommelschlägelförmig. Das Röntgenbild zeigt keine Auftreibung der Fingerenden, sondern starke Haut- und Nagelhypertrophie; eine stark verwaschene Aufhellung der Knochenschatten der linken Hand fällt auf.

Da in diesem Falle irgend welcher Einfluß von Stauung nicht in Betracht kommt, so nimmt mit Recht Verf. die schwere Neuritis als Entstehungsursache für die osteoarthropathischen Veränderungen an. Über ähnliche in der Literatur beschriebene Fälle wird kurz berichtet. **Langemak** (Rostock).

35) W. Bergemann. Über die in der Kieler chirurgischen Klinik in den Etatsjahren 1899—1900 vorgekommenen Fälle von Osteomyelitis acuta.

Inaug.-Diss., Kiel, 1902.

43 Fälle, darunter 17 akute. Von diesen ist ein Fall bemerkenswert, bei dem alle vier Extremitäten von der Erkrankung befallen wurden. Auffallend war das große Überwiegen des männlichen Geschlechts (36 Kranke), sowie die hohe Beteiligung der unteren Enden der Röhrenknochen (31 Kranke). In 3 von 17 akuten Fällen wurde außer der Abszeßinzision die sofortige Trepanation und Exkochleation des Knochens vorgenommen; die spätere Nekrotomie wurde hierdurch nicht vermieden. Von 39 Pat., über die Erkundigungen eingezogen wurden, waren 30 geheilt, 2 hatten Fisteln, 4 waren an den Folgen der Osteomyelitis gestorben. Von den akuten Fällen sind hervorzuheben: 2 Unterkiefer-, 1 Oberkiefererkrankungen, 1 Fall von Osteomyelitis der Rückenwirbel. Ein Pat. starb 15 Jahre nach einer akuten Osteomyelitis tibiae an einem akuten Rezidiv der alten Stelle, welches nach einem Trauma aufgetreten war. **Mohr** (Bielefeld).

36) Gaylord. On the pathology of so-called bone aneurisms.

(Annals of surgery 1903. Juni.)

Verf. gibt eine Schilderung der nach ihm bis jetzt in der Literatur bekannten acht Fälle von Knochenaneurysma. Dasselbe hatte seinen Sitz dreimal in dem Schienbein, einmal im Oberarm und viermal im Oberschenkel. Meistens handelte es sich um eine Knochenhöhle, deren Inneres mit Blut gefüllt war, und welche mit den Gefäßen der Umgebung in Verbindung stand. Ausführlich bespricht G. als neunten Fall ein von ihm selbst beobachtetes Knochenaneurysma. Dasselbe bildete sich bei einem Pat. im Anschluß an zweimaligen Bruch des Oberschenkels. Die Geschwulst stellte eine ziemlich große, mit blutig-gelber Flüssigkeit gefüllte Knochencyste dar, deren Wandung aus einer äußeren bindegewebigen und einer osteoiden, teilweise myxomatös entarteten Schicht bestand; an einer umschriebenen

Stelle wurde sarkomatöses Gewebe mit unregelmäßiger Zellanordnung und Riesenzellen angetroffen. Durch die hintere Wand der Knochencyste traten zwei Blutgefäße ein.

Verf. glaubt auf Grund des von ihm beobachteten Falles, daß alle sogenannten Knochenaneurysmen Sarkome der Knochenmarkshöhle seien. Das sarkomatöse Gewebe kann sich regressiv in solchen Knochencysten verändern, so daß nur sehr wenig vorhanden ist, und es sehr leicht bei den Untersuchungen übersehen werden kann. Statt des Namens Knochenaneurysma will er den Namen »pulsierendes sarkomatöses Hämatom des Knochens« eingeführt wissen.

Herhold (Altona).

37) Galtier. Arthrite blennorragique consécutive à une conjonctivite purulente gonococcique chez un nouveau-né.

(Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux 1903. Mai 17.)

Drei Wochen altes Kind mit gonorrhoischer Augenentzündung, dessen Mutter an Muskel- und Gelenkschmerzen wahrscheinlich gonorrhoischen Ursprungs leidet. 17 Tage nach der Geburt tritt eine starke entzündliche Schwellung des rechten Kniegelenks auf, welche als gonorrhoische Entzündung aufgefaßt wird und nach Beseitigung der Augenentzündung innerhalb 2 Wochen bei konservativer Behandlung ausheilt.

Es sind bisher 22 ähnliche Fälle bekannt; gewöhnlich ist nur ein Gelenk befallen, und die Erkrankung beginnt 2—3 Wochen nach der Geburt.

Mohr (Bielefeld).

38) Vincent. Polymyosite infectieuse aiguë à récidives.

(Soc. méd. des hôpitaux de Paris 1903. Juni 5.)

Der 23jährige Soldat erkrankte nach einer typhoiden Affektion plötzlich unter schweren Allgemeinerscheinungen an einer sehr schmerzhaften Schwellung der Muskulatur linkerseits im mittleren Teil des Rückens und einer ähnlichen, sehr harten Schwellung im vorderen und inneren Umfang des linken Oberschenkels; langsamer Rückgang aller Erscheinungen. Ganz ähnliche Anfälle mit gleicher Lokalisation traten $1^1/_2$ und $3^1/_2$ Jahre später auf. Beim letzten Anfall blieb nach Rückgang der harten Muskelanschwellungen im mittleren Teile des linken Rectus femoris eine holzharte, ovoide, leicht abgrenzbare, 12 cm lange Geschwulst zurück, welche druckschmerzhaft war; ein ähnlicher Knoten von Walnußgröße lag im unteren Abschnitt des linken Trapezius. Beide Geschwulstbildungen gingen langsam zurück, letztere bis zu völligem Schwunde. Die Oberschenkelgeschwulst schrumpfte zu einem längsverlaufenden, daumendicken, unregelmäßigen Strang zusammen.

Es handelte sich demnach um eine infektiöse, residivierende Myositis mit umschriebenen Infiltrationsherden in den befallenen Muskeln.

Mohr (Bielefeld).

39) Taylor. Myositis ossificans.

(Annals of surgery 1903. Juni.)

Verf. unterscheidet zwei Klassen der Myositis ossificans. Bei der ersten entwickeln sich Knochenmassen in den Muskeln mit oder ohne Trauma, ohne daß ein Zusammenhang mit dem Knochen oder dem Periost nachgewiesen werden kann; bei der zweiten entstehen die Knochenneubildungen von der verletzten Knochenhaut oder von dem verletzten Knochen aus.

Die infolge von einem Trauma entstandenen Fälle von Myositis ossificans assen sich nach T. operativ besser heilen als die nicht traumatischen. T. schildert einen Fall von Osteom des M. rectus femoris, den er mit Erfolg operierte und in dem die Knochenneubildung durch Hufschlag entstanden war. In einem zweiten von Keen operierten Falle hatten sich Knochenauflagerungen an der hinteren Fläche des Wadenbeins und Knochenplatten in der Muskulatur der Wade gebildet, ohne daß ein Trauma nachzuweisen war; vielmehr wurde hier eine rheuma-

tische Entzündung der Knochenhaut und der Muskeln als Ursache angesehen. Auch hier gelang es durch Exstirpation der Knochenmassen Heilung zu erzielen.

Herhold (Altona).

40) Borchard. Beitrag zur Myositis ossificans.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 17.)

B. publiziert zwei eigene Beobachtungen traumatischer ossifizierender Myositis, die an den operativ gewonnenen Präparaten makro- und mikroskopisch keinen Zweifel darüber lassen, daß der Verknöcherungsprozeß aus dem Muskel (nicht dem Periost) hervorgegangen war.

Fall 1 betrifft einen 25jährigen Mann, welcher einen Hufschlag auf die linke Gesichtshälfte erlitten hatte. Eine kleine Wunde heilte bald, doch folgte starke Backenschwellung mit Erschwerung der Mundöffnung, und ca. drei Wochen nach der Verletzung mußte der stark verdickte, knochenhart gewordene Masseter zu fast zwei Dritteln exstirpiert werden. Guter Erfolg. Das Präparat zeigte einzelne kleine Knocheninseln inmitten sonst ganz normalen Muskelgewebes.

In Fall 2 war ein 36jähriger Arbeiter von der scharfen Kante eines Kippwagens gegen den linken Oberschenkel getroffen. Auch hier kleine, bald heilende Wunde. Vom 14. Tage an Bemerkung eines festen Knotens im Muskel, der in weiteren 10 Tagen auf etwa Faustgröße heranwuchs und nunmehr exstirpiert wird. Verlauf und Endresultat nach Wunsch. Histologischer Befund, ebenso wie in Fall 1, beide Male in kunstgerechter Weise durch Prof. Nauwerk in Chemnitz aufgenommen. Es ergab sich ein entzündlicher Vorgang im interstitiellen Bindegewebe, der zur Hyperplasie führt, und geht die Knochenneubildung vom gewucherten Perimysium aus, so daß der muskuläre Verknöcherungsprozeß als entzündlicher Vorgang anzusehen ist. Zur Erklärung seines Zustandekommens muß wohl eine angeborene Anomalie des Bindegewebes angenommen werden.

Die bisherige Literatur des Leidens wird eingehend kritisch durchgesprochen. Es sind bislang ca. 61 einschlägige Fälle bekannt, und zeigen sich die Muskulatur des Oberschenkels und Oberarmes am häufigsten befallen. Durchgängig sind kräftigere Muskeln mit Vorliebe affiziert, und fällt die Krankheit meist in diejenigen Lebensalter, in denen die Muskulatur ihre kräftigste Entwicklung erreicht hat.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

41) Cahier. Quelques remarques sur les myocèles, particulièrement sur la hernie du muscle jambier antérieur.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1903. Nr. 1.)

Nach einem Schlage mit dem Messerstiele gegen den linken Unterschenkel entstand bei einem Soldaten eine etwa 6 cm lange, 3 cm breite, ovoide, weiche Geschwulst neben der Schienbeinkante (Muskelhernie), welche bei Extension und Flexion des Fußes, sowie bei Faradisation in der Tiefe verschwand. Nach Spaltung der Haut wurde von dem sich präsentierenden Muskel ein Stück, so groß wie das Viertel einer Orange, reseziert, die Muskelränder mit Catgut vereinigt und dann die Ränder der Aponeurose, so gut es ging, durch Seide einander genähert, indem vermittels schräger Schlingen ein Netzwerk gebildet wurde. — An der Hand mehrerer aus der Literatur gesammelter Fälle kommt Verf. zu dem Schlusse, daß man zwischen wahren und falschen Muskelhernien zu unterscheiden habe. Sein Fall stellt eine wahre Muskelhernie dar, bei welcher ein unversehrter Muskel durch ein gelegentlich in der Aponeurose entstandenes Loch hervortritt, im Gegensatze zum falschen Muskelbruche, bei welchem ein teilweise oder gänzlich zerrissener Muskel durch die gleichfalls zerrissene Aponeurose sich bemerkbar macht. Er glaubt, daß, wie bei den Unterleibsbrüchen, eine Prädisposition bei solchen Individuen bestehe, bei denen unter dem Einflusse der Muskeltätigkeit (Marschieren etc.) eine wahre Muskelhernie eintritt. Die Hauptunterschiede zwischen wahrer und falscher Muskelhernie sind die, daß bei ersterer unter dem Einflusse der Muskelzusammenziehung, z. B. bei Bewegungen des Fußes am

Unterschenkel, die Hervorwölbung der Hernie verschwindet, während bei der falschen Muskelhernie sich die Hervorwölbung unter dem Einflusse mittelstarker Kontraktion nur etwas abflacht und bei starker Kontraktion etwas oberhalb der ursprünglichen Hervorwölbung wieder stärker hervortritt. Die Operation der wahren Muskelhernie, die in der oben geschilderten Weise ausgeführt wird, gibt nach C. bezüglich der völligen Heilung eine gute Prognose.

Herhold (Altona).

42) N. Magnanini. Déformations congénitales des 4 membres; lésions symétriques des mains et des pieds.

(Revue de chir. Bd. XXIII. Nr. 3.)

M. berichtet über zwei Fälle angeborener Mißbildungen der Extremitäten, von denen der eine Beachtung verdient durch die Symmetrie der Defekte an Händen und Füßen. Er betrifft einen Knaben von 2 Monaten mit ausgesprochener Spaltung der Hände und Füße; an den Händen ist sie bedingt durch Fehlen des Mittelfingers und zugehörigen Mittelhandknochens, an den Füßen durch Ausfall der 2. und 3. Zehe.

Die Ätiologie findet in der Anamnese keinerlei Aufklärung, auch für Syphilis sind nur höchst unsichere Anhaltspunkte vorhanden. Die Handspalte hat M. durch Plastik geschlossen. In Fall 2, der einen 45jährigen Italiener betrifft, fehlen gleichfalls die Mittelfinger; die zugehörigen Mittelhandknochen sind erhalten. Der rechte Fuß zeigt Syndaktylie zwischen 1. und 2. und 3. und 4. Zehe. Auch hier keine Heredität oder sonstige ätiologische Momente. **Christel** (Metz).

43) Hopkins. Excision of the scapula for progressive chronic interstitial myositis associated with obliterating endarteritis.

(Annals of surgery 1903. Juni.)

Nach einem Falle auf die linke Schulter entwickelte sich ein Abszeß und blieb infolge desselben eine Fistel zurück. Da die in diese Fistel eingeführte Sonde auf das rauhe Schulterblatt stieß und eine überstürzte mikroskopische Untersuchung der von dem Schulterblatt entfernten Massen auf Sarkom hindeutete, wurde das ganze Schulterblatt entfernt. Nun zeigte es sich, daß die in der Überschrift genannte Erkrankung vorlag. Die Muskulatur des Schulterblatts war fettig degeneriert, die nicht zugrunde gegangenen Muskelbündel zeigten keine deutliche Streifung, die Muskelkerne waren proliferiert, teilweise waren die Muskelbündel mit Rundzellen durchsetzt. Sämtliche Blutgefäße zeigten das typische Bild der Endarteriitis. **Herold** (Altona).

44) A. Nannoti. Peritelioma primitivo del nervo mediano.

(Clinica moderna 1903.)

Bei einer 30jährigen Frau verursachte ein an der inneren Seite des linken Armes zwischen mittlerem und unterem Drittel gelegene, nußgroße, glatte, ovale, oberflächliche, sehr bewegliche Geschwulst blitzartige Schmerzen in Hand und Fingern und fortschreitende Schwäche der Hände. Die in das Perineurium des Nervus medianus übergehende Geschwulst machte zu ihrer Entfernung eine Resektion des Nervus medianus erforderlich. Da die Nervenenden infolge einer heftigen Streckbewegung des Armes trotz Catgutnaht nicht zusammenheilten, wurden einen Monat später diese 7 cm voneinander entfernten Enden angefrischt, längs gespalten und in den Spalt der stark entwickelte Nervus cutaneus medialis hineingelegt und mit je einer Catgutnaht befestigt. Nach einem Monate war die Sensibilität und nach drei Monaten auch die Motilität zurückgekehrt. Eine gewisse Schwäche der Hände und der Finger blieb zurück. Mikroskopisch hatte die Geschwulst alveolären Bau, reichliche Gefäße mit hyaliner Degeneration der Gefäßwände und des Bindegewebes im Zentrum der Geschwulst. Die äußere Gefäßwand der größeren Gefäße war gewuchert und namentlich in den neugebildeten Kapillaren ein stark gewuchertes Perithel vorhanden. Es handelte sich also um ein Hämangioperitheliom. **Dreyer** (Köln).

45) **H. Lorenz.** Zur Kasuistik der erworbenen Ellbogengelenksdeformitäten.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 18.)

Bei dem 33jährigen, kräftig gebauten Pat. hat sich nach einem chirurgischen Eingriff am Ellbogen im zweiten Lebensjahr wohl wegen Tuberkulose allmählich ein Cubitus valgus als Folge der Störung des epiphysären Wachstums des unteren Humerusrandes und einer pathologischen Radiusverrenkung nach vorn ausgebildet. Ein Fall auf den betreffenden Ellbogen vor einigen Tagen führte den Pat. in die Klinik v. Eiselsberg und hatte eine Infraktion der verbildeten medialen Kondylus herbeigeführt. Das der Arbeit beigefügte Röntgenbild zeigt das Humerusende in Form einer Gabel mit einer etwas längeren medialen und einer kürzeren lateralen Zinke. In den Ausschnitt dieser Gabel hinein stützt sich das verkümmerte Olekranon, während das gleichfalls schmächtige Radiusköpfchen an der Vorderseite der lateralen Gabelzinke Platz gefunden hat. Die frische Fissur der medialen Gabelzinke ist deutlich sichtbar.

Die ganz ungewöhnliche Form des unteren Humerusabschnitts läßt sich ungezwungen durch den operativen Eingriff im zweiten Lebensjahre erklären.

Hübener (Dresden).

46) **Kienböck.** Eigenartige Veränderung der Ellbogengelenke.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 15. Mai 1903.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 21.)

Die Röntgenuntersuchung des 32jährigen Mannes zeigte beiderseits das Vorhandensein eines großen, kniescheibenförmigen Sesambeins knapp über dem Olekranon. Dasselbe ist, wie die Kniescheibe in die Sehne des Quadiceps cruris, hier in die Tricepssehne eingelagert, vorn offenbar überknorpelt und macht bei Beugung und Streckung des Ellbogengelenks im allgemeinen die Bewegungen des Olekranon um die Trochlea mit. Am rechten Ellbogen sind die Verhältnisse so vorhanden, am linken dagegen ist das Sesambein weiter vom Olekranon entfernt, auf die Kante gestellt, vorn rauh, und erzeugt bei Bewegungen hörbare Krepitation. Hier handelt es sich um die Folge einer Ruptur des Lig. proprium (Verletzung vor 15 Jahren).

Derartige Fälle sind sehr selten. Nach den Fällen von Chenal, Tillesen, Virchow und Pfitzner ist der hier mitgeteilte die fünfte Beobachtung. Ihre Kenntnis ist auch von praktischem Interesse, da dieselben nach Unfällen wohl meist als Olekranonfraktur diagnostiziert werden dürften. Auch der vorgestellte Fall wurde nach Aussage des Pat. bislang von allen Untersuchern als doppelseitige Olekranonfraktur aufgefaßt. **Hübener** (Dresden).

47) **Ely.** Dislocation of the carpal scaphoid.

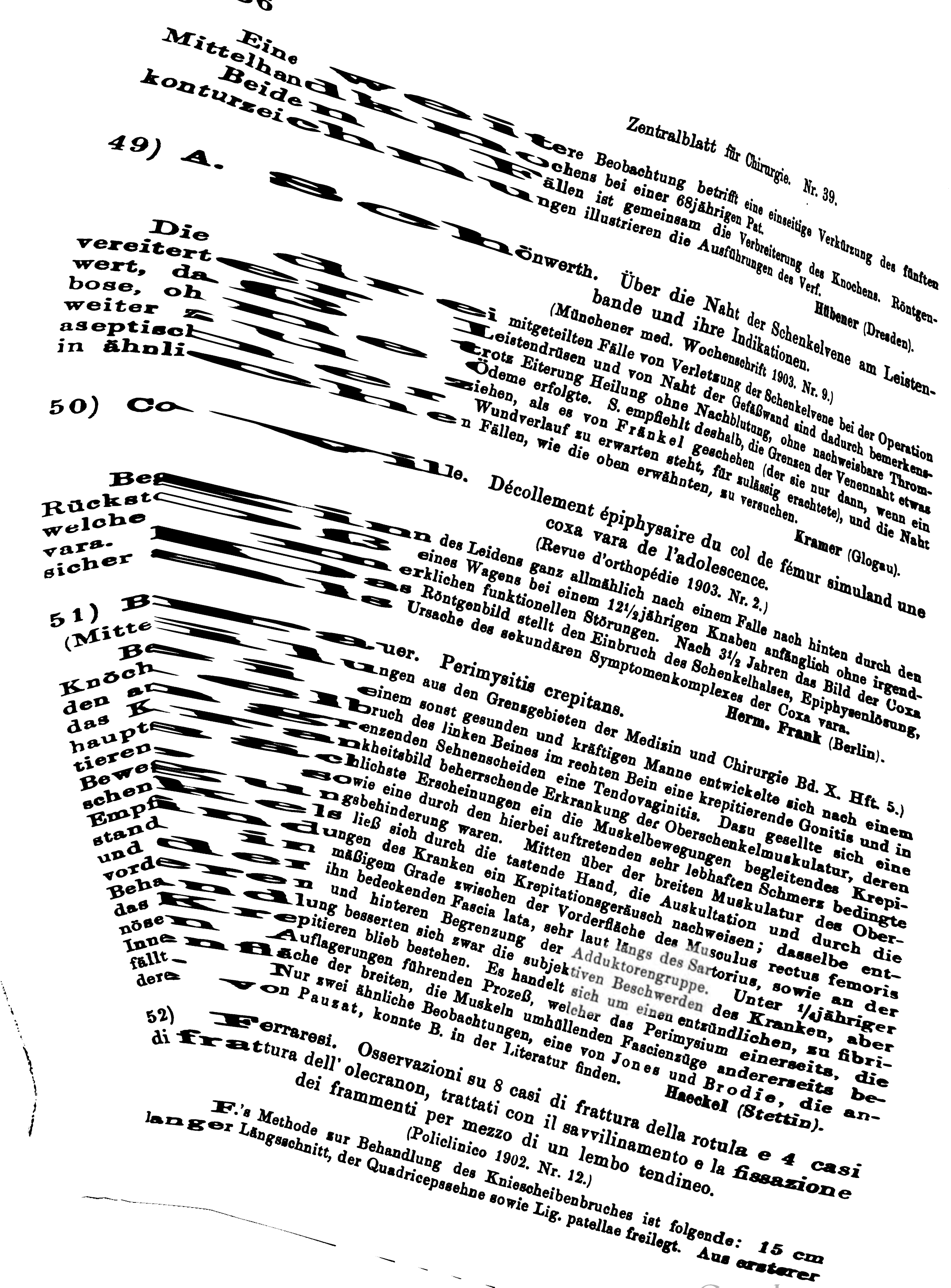
(Annals of surgery 1903. Juli.)

Durch Sturz aus dem Automobil verletzte sich Pat. das rechte Handgelenk. Bei der Untersuchung in Narkose wurde festgestellt, daß das Kahnbein gelockert war und leicht nach dem Handrücken zu verschoben werden konnte. Das Skiagramm zeigte außer einem Bruche des Griffelfortsatzes der Elle, daß das Kahnbein partiell auf den Handrücken verrenkt war. Völlige Heilung mit Gebrauchsfähigkeit der Hand unter Schienenverbänden. **Herhold** (Altona).

48) **Sternberg.** Zur Kenntnis der Brachydaktylie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 41.)

Mitteilung eines Falles von symmetrischer Verkürzung des dritten Mittelhandknochens bei einer Pat. von 24 Jahren, die von der Mutter erst seit der Mitte des 3. Lebensjahres beobachtet wurde, nachdem das Kind an beiden Händen vollständig normal zur Welt gekommen sein soll. S. glaubt, daß es sich in diesem Falle um eine reine Epiphysentrennung, möglicherweise nach einem Trauma, gehandelt habe.



Eine weitere Beobachtung betrifft eine einseitige Verkürzung des fünften Mittelhandknochens bei einer 68jährigen Pat. Beiden Fällen ist gemeinsam die Verbreiterung des Knochens. Röntgenkonturzeichnungen illustrieren die Ausführungen des Verf.

Hübener (Dresden).

49) A. Schönwerth. Über die Naht der Schenkelvene am Leistenbande und ihre Indikationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 9.)

Die drei mitgeteilten Fälle von Verletzung der Schenkelvene bei der Operation vereiterter Leistendrüsen und von Naht der Gefäßwand sind dadurch bemerkenswert, daß trotz Eiterung Heilung ohne Nachblutung, ohne nachweisbare Thrombose, ohne Ödeme erfolgte. S. empfiehlt deshalb, die Grenzen der Venennaht etwas weiter zu ziehen, als es von Fränkel geschehen (der sie nur dann, wenn ein aseptischer Wundverlauf zu erwarten steht, für zulässig erachtete), und die Naht in ähnlichen Fällen, wie die oben erwähnten, zu versuchen.

Kramer (Glogau).

50) Coville. Décollement épiphysaire du col de fémur simuland une coxa vara de l'adolescence.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 2.)

Beginn des Leidens ganz allmählich nach einem Falle nach hinten durch den Rückstoß eines Wagens bei einem $12\frac{1}{2}$jährigen Knaben anfänglich ohne irgendwelche merklichen funktionellen Störungen. Nach $3\frac{1}{2}$ Jahren das Bild der Coxa vara. Das Röntgenbild stellt den Einbruch des Schenkelhalses, Epiphysenlösung, sicher als Ursache des sekundären Symptomenkomplexes der Coxa vara.

Herm. Frank (Berlin).

51) Bauer. Perimyositis crepitans.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. X. Hft. 5.)

Bei einem sonst gesunden und kräftigen Manne entwickelte sich nach einem Knöchelbruch des linken Beines im rechten Bein eine krepitierende Gonitis und in den angrenzenden Sehnenscheiden eine Tendovaginitis. Dazu gesellte sich eine das Krankheitsbild beherrschende Erkrankung der Oberschenkelmuskulatur, deren hauptsächlichste Erscheinungen ein die Muskelbewegungen begleitendes Krepitieren sowie eine durch den hierbei auftretenden sehr lebhaften Schmerz bedingte Bewegungsbehinderung waren. Mitten über der breiten Muskulatur des Oberschenkels ließ sich durch die tastende Hand, die Auskultation und durch die Empfindungen des Kranken ein Krepitationsgeräusch nachweisen; dasselbe entstand in mäßigem Grade zwischen der Vorderfläche des Musculus rectus femoris und der ihn bedeckenden Fascia lata, sehr laut längs des Sartorius, sowie an der vorderen und hinteren Begrenzung der Adduktorengruppe. Unter $\frac{1}{4}$jähriger Behandlung besserten sich zwar die subjektiven Beschwerden des Kranken, aber das Krepitieren blieb bestehen. Es handelt sich um einen entzündlichen, zu fibrinösen Auflagerungen führenden Prozeß, welcher das Perimysium einerseits, die Innenfläche der breiten, die Muskeln umhüllenden Fascienzüge andererseits befällt. — Nur zwei ähnliche Beobachtungen, eine von Jones und Brodie, die andere von Pauzat, konnte B. in der Literatur finden.

Haeckel (Stettin).

52) Ferraresi. Osservazioni su 8 casi di frattura della rotula e 4 casi di frattura dell' olecranon, trattati con il savvilinamento e la fissazione dei frammenti per mezzo di un lembo tendineo.

(Policlinico 1902. Nr. 12.)

F.'s Methode zur Behandlung des Kniescheibenbruches ist folgende: 15 cm langer Längsschnitt, der Quadricepssehne sowie Lig. patellae freilegt. Aus ersterer

wird ein Lappen mit unterer Basis geschnitten (nicht zu dick und nicht zu dünn), nach unten geklappt und auf das Lig. patellae sowie die seitlichen Aponeurosenteile nach Annäherung der Fragmente aufgenäht. Eine direkte Knochennaht ist überflüssig, die Fragmente liegen exakt an. F. selbst hat 4mal, andere Chirurgen weiter 4mal, auch bei veralteten Fällen mit Erfolg operiert.

Dies veranlaßte F., die gleiche Methode bei Olecranonfraktur zu versuchen, und er hatte auch hier vollkommenen Erfolg. Die Inzision dazu ist 10 cm lang; im übrigen verläuft der Eingriff durchaus wie am Knie. Es entwickelt sich stets ein guter knöcherner Callus.

Alle Krankengeschichten werden ausführlich mitgeteilt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

53) Donoghue. Avulsion of the tibial tubercle occurring in a girl of thirteen.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Juni 11.)

Während bei Knaben das Abreißen der Tuberositas tibiae häufiger vorkommt, wird es bei Mädchen seltener beobachtet. Wie stets bei den an Knaben beobachteten Fällen nur sehr muskelkräftige Individuen befallen waren, so auch im vorliegenden. Das Mädchen zeigte einen geradezu athletischen Muskelbau und hatte sich die Verletzung beim Voltigieren über ein sog. Pferd beim Turnen zugezogen, die Schmerzen zunächst wenig beachtet; erst 5 Wochen später allmähliches Steiferwerden des Knies und Aufsuchen ärztlicher Behandlung. An Stelle der Tuberositas eine Verdickung, auf Druck schmerzhaft; Röntgenaufnahme ergab die sichere Diagnose. Durch Heftpflasterverband Heilung.

Trapp (Bückeburg).

54) O. Riegner. Ausgedehnte Kontinuitätsresektion an der unteren Extremität.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 3.)

Bei einem schon mehrfach wegen osteomyelitischer Prozesse am linken Bein und Knie operierten 15jährigen jungen Menschen wurde, um definitive Heilung zu erzielen und das Bein für Anlegung einer Prothese brauchbar zu machen, ein 12 cm langes Stück von Femur und Tibia entfernt. Mittels eines 16 cm langen Elfenbeinstiftes wurden die Knochenenden zusammengenagelt. Der Erfolg war ein guter, es trat vollständige Konsolidation ein. **Blauel** (Tübingen).

55) Fröhlich. Ein Fall von Rankenangiom der unteren Extremität.

Dissertation, Breslau, 1902.

Die Beobachtung stammt aus der chirurgischen Klinik in Breslau.

Bei einem 18jährigen Manne hatte sich im Verlaufe von 8 Jahren aus einer »blauroten Verfärbung und leichten Schwellung« in der Gegend des Malleolus internus das Angiom entwickelt. Bei der im Jahre 1899 versuchten, nur teilweise gelungenen Exstirpation reichte die Geschwulst vom inneren Knöchel bis zum Knie »über die ganze hintere Seite der Wade« und über den Fußrücken hinweg bis zum äußeren Knöchel. Überall war hier »Pulsation und Fluktuation« zu fühlen.

Da die Pulsation nach der ersten Operation wieder zunahm, wurde etwa 2 Monate nach dem ersten Eingriff die Unterbindung der Art. poplitea ausgeführt. Die Pulsation verschwand. Die anfangs vorhandenen Störungen der Zirkulation und der Sensibilität glichen sich bald wieder aus. Einen Monat nach dieser Operation waren »einzelne Gefäßschlängelungen« festzustellen. Späterhin war der Kranke nicht mehr aufzufinden.

Aus der Literatur stellt F. noch 10 ähnliche Fälle zusammen.

Neck (Chemnitz).

56) **E. Scheffler. Beitrag zur Behandlung des Pes calcaneus paralyticus.**

(Klin.-therap. Wochenschrift 1903. Nr. 12.)

Bei einem Falle von Pes calcaneus infolge von Kinderlähmung war im 5. Lebensjahre vergeblich die Arthrodese des Fußgelenks erstrebt worden. Im 13. Lebensjahre wurde durch Sehnentransplantation wesentliche Besserung erzielt. Der einzig brauchbare Muskel war der Flexor hallucis longus. Dessen zentraler Teil wurde in die Achillessehne eingepflanzt, das periphere Ende mit dem Tibialis posticus vernäht. Glatte Heilung, gutes funktionelles Resultat. Der verhältnismäßig schwache Muskel erwies sich als völlig ausreichender Ersatz für die Wadenmuskulatur. **M. v. Brunn** (Tübingen).

57) **Kirmisson et Bize. Contribution à l'anatomie pathologique du pied plat valgus douloureux.**

(Revue d'orthopèdie 1903. Nr. 1.)

An vier durch Ogston'sche Resektion gewonnenen Talusteilen haben die Verff. bezüglich der Formveränderungen feststellen können, daß die subluxierte Fläche glatt regelmäßig gerichtet bleibt, während der mit dem Kahnbein in Berührung gebliebene Teil durch eine oder mehrere steil abfallende oder aber durch eine mehr flache Furche von ihr sich abhebt. Aber auch die Struktur ist verändert. Der Knorpel ist verdünnt, die einzelnen Knorpelzellschichtlagen, welche normal eine ganz regelmäßige Schichtfolge bilden, haben ihr Gefüge verloren, sind zum Teil durch eine fibrillär gestreifte Membran ersetzt, und auch das darunter liegende Knochengewebe ist rarefiziert und im Mark überblutreich, wie man es ja auch bei anderen entzündlichen Zuständen findet. Jedenfalls ist das Chopartsche Gelenk der Träger des Leidens und muß bei der Behandlung angegriffen werden. **Herm. Frank** (Berlin).

58) **Scheiber. Über einen Fall von Arthropathia tabidorum (Pied tabétique).**

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 24 u. 25.)

Der geschilderte Fall entspricht vollkommen dem ursprünglichen Charcotschen Typus in der hypertrophischen Form mit gutartigem Charakter. Im Röntgenbild zeigt sich die Affektion allein auf den ersten Mittelfußknochen am proximalen Ende beschränkt. Alles spricht auch in diesem Falle dafür, daß die tabische Arthropathie nur trophischen Ursprungs sein kann, nicht traumatischen. **Herm. Frank** (Berlin).

Berichtigung

zum Referat 12 in Nr. 9 1903 dieser Zeitschrift.

Infolge einer unklaren Fassung der französischen Übersetzung ersucht Herr Dr. Eckstein um Berichtigung des zweiten Absatzes obigen Referates dahin, daß: wenn infolge mangelhafter Kompression der Umgebung etwas Paraffin seitlich ausgewichen ist, er empfiehlt, nach einigen Tagen unter Lokalanästhesie einen kleinen Hautschnitt zu machen, das überflüssige Paraffin auszulöffeln und die Wunde durch eine feine Naht zu schließen; wartet man dagegen noch längere Zeit damit, so ist es notwendig, ein ovales Stückchen überdehnter Haut mitzuentfernen, und auch so ist die Erzielung eines guten Resultats möglich.

F. Alexander *(Frankfurt a. M.).*

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 40. **Sonnabend, den 3. Oktober.** **1903.**

Zur Frage der retroduodenalen Choledochotomie.

Von

Dr. F. de Quervain,

Privatdozent der Chirurgie, chirurgischer Oberarzt am Spital in Chaux-de-Fonds.

In Nr. 27 ds. Zentralblattes schlägt Dr. A. A. Berg in Neuyork, gestützt auf Leichenversuche, zur Entfernung retroduodenaler Choledochussteine die retroduodenale Choledochotomie vermittels Mobilisation und Einwärtsklappen des absteigenden Duodenalastes vor und bittet um Mitteilung der auf diesem Wege am Lebenden erzielten Erfolge. Er betont besonders den Umstand, daß diese retroduodenale Choledochotomie weniger gefährlich sei als die von

McBurney, Kocher u. a. ausgeführte transduodenale Entfernung des Steines.

Was Berg zu seiner Mitteilung veranlassen mochte, war wohl der Umstand, daß die retroduodenale Choledochotomie, im Gegensatz zu der transduodenalen, noch nicht als typische Operation in die Hand- und Lehrbücher übergegangen ist. Der von ihm vorgeschlagene Weg ist aber so naheliegend, daß er schon öfter benutzt worden ist.

Den ersten derartigen Eingriff finden wir bei A. Lane[1]. Derselbe löste den obersten Teil des Duodenum ab, allerdings nur zum Zweck der Untersuchung, während er den Choledochus oberhalb des Duodenum einschnitt.

Kocher[2] versuchte ebenfalls das Duodenum bei Seite zu schieben, um an dessen Rückwand zu kommen. Erst eine beim Versuch der Lösung eintretende Blutung des Pankreaskopfes veranlaßte ihn, den transduodenalen Weg einzuschlagen.

Jourdan[3] bespricht in seiner Dissertation die verschiedenen Wege, auf denen der retroduodenale Choledochusteil zugänglich gemacht werden kann und beschreibt dabei ebenfalls die retroduodenale Choledochotomie vermittels Ablösung und Einwärtsziehen des Zwölffingerdarms.

Wiart[4] stellt auf Grund von Leichenversuchen genaue, allerdings etwas zu schematische Regeln für die Freilegung der verschiedenen Teile des Choledochus auf. Er unterscheidet zwischen dem retroduodenalen Teile des Choledochus, für welchen Ablösung des Anfangsteiles des Duodenum genügt, dem pankreatischen Teile, für welchen er Ablösung des absteigenden Duodenalastes und Freilegung der Rückfläche des Pankreaskopfes verlangt, und endlich dem in der Wand des Duodenum sitzenden (rein papillären) Teile, für den er den transduodenalen Weg empfiehlt.

Jeanty[5] teilt drei von Monprofit ausgeführte Fälle von retroduodenaler Choledochotomie mit.

Kehr erwähnt die Ablösung des Duodenum als Mittel zur Freilegung retroduodenaler Choledochussteine im Handbuch der praktischen Chirurgie (Bd. III, p. 541, 1900), ebenso Faure[6] im Handbuch von Le Dentu und Delbet.

---

[1] Lane, Clinical society's transactions 1894. p. 149.

[2] Kocher, Ein Fall von Choledochoduodenostomia interna wegen Gallensteines. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1895. p. 193.

[3] Jourdan, De la cholédocotomie. Thèse de Paris 1895.

[4] Wiart, Recherches sur l'anatomie topographique et les voies d'accès du cholédoque. Thèse de Paris 1899.

[5] Jeanty, Quelques considérations sur le manuel opératoire de la cholédocotomie. Thèse de Paris 1900.

[6] Faure, Maladies du foie, in le Dentu et Delbet: Traité de chirurgie Bd. VIII. 1899.

Rochard[7] teilte 1902 einen Fall mit, bei dem er diesen Weg eingeschlagen zu haben scheint. Leider fehlen genauere Angaben über die Technik.

Endlich sei erwähnt, daß auch Czerny, Terrier, Kehr, Körte u. a. wie es scheint in ähnlicher Weise, zum Teil durch Pankreasgewebe hindurch, auf den retroduodenalen Teil des Choledochus eingedrungen sind.

Diese wenigen Angaben, die auf Vollständigkeit natürlich keinen Anspruch machen, dürften genügen, um zu zeigen, daß die retroduodenale Choledochotomie, wenn auch bis jetzt selten ausgeführt, doch nicht so ganz neu ist. Die folgende Beobachtung mag erweisen, daß sie sich auch unter schwierigen Verhältnissen ausführen läßt und daß sie eine wertvolle Bereicherung unserer Operationsmethoden darstellt.

Anamnese: Frau N., 58 Jahre alt, litt seit Jahren an »Magenbeschwerden«, verbunden mit vorübergehenden Kolikanfällen und in die rechte Schulter ausstrahlenden Schmerzen. Im November 1902 akuter schwerer Gallensteinanfall mit Erbrechen, Fieber, Ikterus. Zurückgehen der akuten Erscheinungen, Anhalten des Ikterus. Stuhl meist weißgrau, ab und zu etwas gelblich. Zunehmende Abmagerung. Stets mehr oder weniger ausgesprochene Schmerzen in der Lebergegend. Da die interne Behandlung (Karlsbader Kur usw.) erfolglos blieb, so entschloß sich die Pat., nachdem der Ikterus acht Monate gedauert, zu einem operativen Eingriff.

Status praesens, 14. Juli 1903. Hochgradige Abmagerung. Sehr starker Ikterus. Stuhl entfärbt, Urin stark gallehaltig. Puls 68. Temperatur 36,0. Nach rechts vom Nabel, neben der Wirbelsäule, ein derbes, druckempfindliches, etwas verschiebliches Gebilde, das nach oben bis an den Leberrand zu verfolgen ist. Kein Ascites.

Diagnose: Chronischer Choledochusverschluß durch Stein.

Operation 16. Juli. Bromäthyl-Äthernarkose. Leberrandschnitt Nach Lösung einiger Verwachsungen zeigt es sich, daß ein mittelgroßer Stein (17 : 20 mm) in einem divertikelartigen Anhängsel der Gallenblase sitzt. Derselbe wird entfernt und die Galle und schleimigen Eiter enthaltende Gallenblase entleert und vorläufig ausgestopft. Ein zweiter, größerer Stein wird im retroduodenalen Teile des Choledochus gefühlt. Der Zugang zu demselben ist umso schwieriger, als Gallenblase, Duodenum, Pankreas und Colon transversum durch Verwachsungen zu einem großen Paket verwachsen sind. Da der Stein auch nach völliger Freilegung des rechten Duodenalrandes nicht zugänglich ist, so wird das Duodenum sorgfältig Schritt für Schritt vom Pankreaskopf und dem Choledochus abgelöst bis zur Einmündungsstelle des Choledochus, d. h. bis an den linken Rand. Zwei kleine quer zum Choledochus verlaufende Venen werden unterbunden, ebenso eine kleine Arterie. Der hochgradig ausgedehnte Choledochus ist zum großen Teil in den Pankreaskopf eingebettet, doch gelingt es, ihn nach Umklappen des Duodenum nach innen soweit freizulegen, daß ohne Verletzung des Pankreas auf den Stein eingeschnitten werden kann. Nach Entfernung des letzteren, der, 22 : 34 mm messend, bis an die Einmündungsstelle des Choledochus in das Duodenum reicht, werden die Gallengänge sondiert und leer befunden. Anlegen von zwei Knopfnähten (Catgut) an die Choledochuswunde. Einlegen eines Schürzentampon zwischen diese und das Duodenum. Nun wird das divertikelartige Gebilde, das den ersten Stein enthielt, genauer untersucht. Dasselbe ist von Granulationsgewebe ausgekleidet und steht

[7] Rochard, Cholédocotomie rétro-duodénale. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris 1902. Nr. 29. p. 884.

durch je eine enge Fistel mit der Gallenblase und mit dem Colon transversum in Verbindung. Das ganze Gebilde, das als Abszeßmembran den auf der Auswanderung in den Dickdarm befindlichen Gallenstein einhüllte, wird herausgeschnitten, die Fistel im Dickdarm umschnitten und doppelt übernäht, die Gallenblase mit durch die Wunde hinausgeleiteten Fäden an der Bauchwand fixiert und mit einer Heberdrainage versehen. Schluß der Bauchwunde, soweit dies der Tampons und Drains wegen möglich ist.

Völlig glatter Wundverlauf. Entfernung des Schürzentampon am achten Tage und Ersatz durch einen Gummidrain. Entfernung der Gallenblasendrainage nach 14 Tagen. Gallenausfluß sehr unbedeutend, dagegen tritt schon in den ersten Stühlen deutliche Beimischung von Galle auf.

Am 15. August wird Pat. entlassen. Wunde geschlossen bis auf eine kleine Fistel, aus der zwei noch nicht abgestoßene Fixationsfäden der Gallenblase herausragen, die aber keine Galle sezerniert. Stuhl braun. Urin hell. Ikterus beinahe geschwunden. Allgemeinbefinden sehr gut.

Am 23. September zeigte sich die Pat. wieder, in völligem Wohlbefinden. In der Narbe noch eine kleine, kaum mehr sezernierende Fistel. Stühle völlig normal.

Es handelte sich also, wenn wir kurz zusammenfassen, um einen großen retroduodenalen und zum Teil intrapankreatischen Choledochusstein, dessen Entfernung durch das Bestehen eines weiteren, aus der Gallenblase in den Dickdarm wandernden Steines und die dadurch bedingten ausgedehnten Verwachsungen erschwert war, aber doch mittels der retroduodenalen Choledochotomie in völlig glatter Weise ausgeführt werden konnte. Wir würden es für voreilig halten, das Verfahren auf Grund eines einzigen Eingriffes zu empfehlen, wenn es sich nicht gerade in diesem für die Ablösung des Duodenum infolge der Verwachsungen zwischen Gallenblase und Dickdarm so ungünstig liegenden Falle bewährt hätte. Dieser letztere Umstand berechtigt uns aber zu dem Schlusse, daß es in weniger komplizierten Fällen nicht minder gute Dienste leisten dürfte und daß es wohl verdient, zu den typischen Operationen am Choledochus gerechnet zu werden.

Was die Technik betrifft, so sei nur hervorgehoben, daß die Ablösung des Duodenum sehr sorgfältig und unter genauester Blutstillung geschehen muß, um Schädigung der Darmwand und unangenehme Blutungen zu vermeiden. Ist das Duodenum einmal nach innen umgeklappt, so wird man den Choledochus wenn möglich da anzuschneiden suchen, wo er nicht von Pankreas überlagert ist. Die beste Wegleitung hierfür wird übrigens meist der leicht zu fühlende Stein selbst geben.

Was endlich die Wahl zwischen der retroduodenalen und der transduodenalen Choledochotomie betrifft, so scheint uns die erstere in allen Fällen angezeigt, wo sich das Duodeneum sauber ablösen läßt. Ist dasselbe dagegen mit Pankreas und Choledochus zusammen zu einer schwartigen Masse verbacken, und läuft man bei der Ablösung Gefahr, trotz aller Sorgfalt die Darmwand zu verletzen, oder wird man endlich der Blutung nicht Herr, so wird man wohl besser, wie dies Kocher tat, auf weitere Ablösung verzichten und den transduodenalen Weg wählen.

1) **Goellner.** Die Verbreitung der Echinokokkenkrankheit in Elsaß-Lothringen.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 1.)

Die geographische Verbreitung der Echinokokkenkrankheit beim Menschen ist in der letzten Zeit Gegenstand sorgfältiger Untersuchungen gewesen; für Elsaß-Lothringen gab es noch keine dahingehende Feststellung; G. füllt diese Lücke aus. Auf Grund publizierter Fälle, persönlicher Umfragen bei Ärzten und Durchsicht der Krankenjournale und Sektionsprotokolle des Straßburger Bürgerhospitals kommt er zu dem Resultat, daß in den letzten 30 Jahren 55 Fälle vorgekommen sind; multilokulärer Echinokokkus wurde nie beobachtet.

Das seltene Vorkommen der Krankheit in Elsaß-Lothringen ist nicht auf Armut an Hunden zurückzuführen; denen dieses Land übertrifft an Hundereichtum die klassischen Gegenden des Echinkokkus, Mecklenburg und Vorpommern. Dagegen ist Elsaß-Lothringen sehr viel ärmer an Haustieren als die Gebiete Deutschlands, in denen Echinkokken häufig vorkommen, und ganz besonders gilt das von der Zahl der Schafe. G. kommt demnach zu dem interessanten Schluß: daß Elsaß-Lothringen von der Echinokokkenkrankheit wenig heimgesucht wird, verdankt es vor allem seiner Armut an Schafen.

Haeckel (Breslau).

---

2) **G. Houzel** (Boulogne-sur-mer). De la ligature des veines et en particulier de la veine cave inférieure.

(Revue de chir. Anneé XXIII. Nr. 3 u. 4.)

Mit dem üblichen — weit ausholenden — historischen Rückblick beginnend, erzählt H. von den Wandlungen der Technik der Venenligatur bezw. der Behandlung venöser Blutungen durch zirkuläre, seitliche Unterbindung und Naht. Sodann erörtert H. die Möglichkeit einer Unterbindung der Vena cava inferior, das Vorhandensein ausreichender Kollateralen, das paradoxe Ergebnis der Tierversuche, welches lehrt, daß die einzeitige (brüske) Unterbindung der Vena cava inf. die Tiere schnell tötet. Dies steht im Widerspruch mit den Beobachtungen der Praxis, indem 2mal bei Operationen (Fälle von Bottini und H.) die Vena cava inf. verletzt und abgebunden wurde. Bottini hatte sogar ein Stück der Vene mit einer retroperitonealen Geschwulst reseziert, wovon H. die genaue Mitteilung bringt. Die Erklärung der Verschiedenheit zwischen Tierversuch und Wahrnehmung in praxi sieht H. in dem Umstand, daß durch die Geschwülste, mit denen die Vena cava inf. verwachsen war, längere Zeit ein Druck auf letztere ausgeübt wurde und ein Teil des Venenblutes der unteren Rumpfhälfte genötigt war, sich andere Bahnen zu suchen, so daß eine Art zweizeitiger Unterbindung stattgefunden habe. Mit Beziehung auf den Schede'schen Fall seitlicher Vernähung einer Wunde der Vena cava inf. kommt H.

zu dem Schlusse, daß vorläufig die zirkuläre Unterbindung der Naht vorzuziehen sei, die der Gefahr einer Thrombosenbildung aussetze.

Christel (Metz).

3) **Wyeth. The treatment of vascular tumors by injection of water at a high temperature.**

(Vortrag auf der 54. Jahresversammlung der Amer. med. assoc.)

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Juni 27.)

In Angiome aller Art, tuberkulöse Drüsen, Fisteln injiziert W. kochendes Wasser. Besonders bei Angiomen muß der Gefahr der Embolie durch Kompression der abführenden Gefäße vorgebeugt werden. Die Injektion wird am Rande der Geschwulst begonnen, soviel Wasser eingespritzt, daß die Haut sich sehr heiß anfühlt und abblaßt. Gebraucht man die Vorsicht, in tiefliegendes Gewebe zu injizieren, so tritt keine Nekrose ein. Die Gerinnung erfolgt sofort nach der Injektion, die Geschwulst wird hart; die Gerinnsel werden allmählich aufgesaugt. Bei größeren Geschwülsten muß man in mehreren Sitzungen injizieren. Fieber, Schmerzen und sonstige Reaktionserscheinungen hat W. nicht beobachtet. Einige Fälle sind ausführlich berichtet, der Erfolg durch Abbildungen erläutert.

Diskussion. Mayo (Rochester), Gibbons (Scranton) haben ebenfalls gute Erfolge bei W. selbst gesehen und rühmen das Verfahren sehr. Lord (Omaha) glaubt mit irgend einer anderen Gerinnung erzeugenden Flüssigkeit, wenn sorgfältig injiziert, die gleichen Erfolge erzielen zu können, führt einen von ihm mit Jodtinktur so behandelten Fall an.

Trapp (Bückeburg).

4) **H. F. McChesney.** Auto-epidermic skin-grafting.

(New York med. record 1903. Juni 13.)

Zur Überhäutung einer granulierenden Brandwunde hat Verf. mit gutem Erfolg eine modifizierte Autotransplantation angewendet.

Nach Abkratzen der weichen und Konservierung der festen Granulationen und Blutstillung wurde die dünne Epithelialzone, welche sich am Wundrand vorgeschoben hatte, umschnitten und in kleinen Stückchen auf die Wundfläche gelegt.

Von diesen Inseln aus fand schnelle Überhäutung statt.

Loewenhardt (Breslau).

5) **J. Kaloyèropulos.** Über Ösophagoskopie und Ösophagotomie bei Fremdkörpern in der Speiseröhre.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Verf. tritt für die Ösophagoskopie zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre als einzig rationelles, therapeutisches Verfahren ein. Erst wenn diese Methode nicht zum Ziel geführt hat, komme die Ösophagotomie an die Reihe, und zwar müsse dann der Fremdkörper bis zum Ende des folgenden Tages entfernt werden. In einer Sammelstatistik (53 Operationen) gibt Verf. eine Übersicht

über die Erfolge der Ösophagotomie. Von den 53 Operierten starben 9. Von den Fremdkörpern haben die Knochenstücke die größte Mortalität, ihnen folgen die Gebisse. **Blauel** (Tübingen).

---

6) **Lund.** The value of enterostomy in selected cases of peritonitis.

(Vortrag auf der 54. Jahresversammlung der Amer. med. assoc.)
(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Juli 11.)

In den Fällen von ausgebreiteter Peritonitis, die mit hochgradigen Ileuserscheinungen verbunden sind, hat L. wiederholt mit lebensrettendem Erfolg eine Darmfistel angelegt. Er will vorher alle anderen Mittel versuchen, auch z. B. gegebenenfalls den Wurmfortsatz vorher entfernen und die Bauchhöhle drainieren; die Darmfistel betrachtet er nur als allerletzt zu versuchendes Mittel. Ihre Anlegung soll unter lokaler Anästhesie erfolgen. Selbst wenn schon der Blinddarm bloßgelegt ist, will L. die Fistel stets an einer Dünndarmschlinge anlegen, weil die Gasauftreibung meistens im Dünndarm ihren Sitz hat und die Fistel am Dünndarm späterhin viel leichter zu schließen ist. — Die Enterostomie soll bei jeder Darmausdehnung durch Lähmung oder Hindernis, einerlei wodurch, ausgeführt werden, wenn die sonst üblichen Mittel versagen, insbesondere nach vollzogener Appendicitisoperation und bei allgemeiner Peritonitis; in solchen Fällen wirkt sie manchmal in überraschender Weise erleichternd und lebensrettend. Der spätere Verschluß der Fistel ist gewöhnlich leicht und sicher erreichbar. Fünf Fälle schwerster Art, 4mal Heilung, 1mal große Erleichterung vor dem Tode an Sepsis.

Diskussion. Tinker-Baltimore: Das Verfahren hat einer Anzahl Kranker das Leben gerettet. Er warnt vor Anlegung eines richtigen Anus praeternaturalis. Miles-Porter hat ebenfalls gute Erfahrungen mit der Operation gemacht. Manche Kranke, die allein an der Tympanie sterben, können durch sie gerettet werden. Wenn die Fistel richtig angelegt ist, schließt sie sich später von selbst. Thomas-Spokane verwirft das Verfahren, da viele Kranke auch ohne Operation genesen. **Trapp** (Bückeburg).

---

7) **Escher.** Die Behandlung der akuten Perforationsperitonitis im Typhus mittels Laparotomie und Ileostomie.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XI. p. 1.)

E. sucht zunächst aus der Literatur, was bisher noch nicht geschehen ist, festzustellen, unter welchen Bedingungen die Operation der Perforationsperitonitis beim Typhus am meisten Erfolg verspricht. Er kommt zu dem Resultat: günstig für den Erfolg ist, daß möglichst frühzeitig operiert wird, und daß die Perforation im Spätstadium, d. h. in der Konvaleszenz erfolgt. Sehr wichtig ist als drittes Moment, daß man den perforierten Darm nicht zunäht. Seine

eigenen Erfahrungen, drei Heilungen unter vier Fällen, führen ihn zu diesem wichtigen Schluß. Statt das Loch im Darm zu nähen, erweiterte er es etwas und nähte es an die Bauchwunde an. Durch diese Bildung einer Kothfistel wird der Darm aufs günstigste entlastet; die Ileostomie ist, wie auch bei anderweiter Peritonitis mit Darmparalyse, das beste Mittel, der Darmlähmung abzuhelfen, den paralytischen Ileus zu beseitigen; sie ist die sicherste Prophylaxe gegen die Gefahr weiterer Perforationen, da sie durch temporäre Ableitung den Darmgeschwüren erlaubt, zu heilen; sie hat ferner den Vorteil, weniger Zeit zu kosten als die Darmnaht.

Haeckel (Stettin).

---

8) **G. R. Fowler.** The toxicity of appendicitis, with a report of two cases of »appendicular vomito negro«.

(New York med. record 1903. April 25.)

F. bespricht die toxischen Einwirkungen der Appendicitis auf den Organismus. Als nicht seltene Folge der Toxämie ist Ikterus mit Urobilinurie und Albuminurie und Hirnerscheinungen aufzufassen, wie es auch bei anderen Formen von Sepsis vorkommt. Als metastatische Formen sind aufzufassen: 1) Venenthromben, 2) Pyämie, 3) Infektion durch die Lymphgefäße. Leber und Lunge werden durch die obere Mesenterialvene und Vena portae, in den meisten Fällen durch die Venen des Mesoappendix rückläufig infiziert, infektiöse Thrombophlebitis dieses Organs ruft auch Pyämie hervor. Als septische Lymphangitis sind pleuritische, perihepatitische und subphrenische Abszesse aufzufassen. Als besondere Intoxikationserscheinung wird das »von Kirmisson zuerst beschriebene« Bluterbrechen, welches immer von allgemeiner Intoxikation begleitet ist, und »Appendicular vomito negro« genannt ist, erwähnt.

Nitzsche (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. LXIV) berichtete einen solchen Fall, wie er auch bei Brucheinklemmungen vorkommt; es handelte sich um hämorrhagische, ulzeröse Gastritis. F. konnte feststellen, daß in seinem Falle Embolie und Staphylokokken in den Ulzerationen vorhanden waren. Nitzsche meinte, daß es sich in seinem Falle um einen Verdauungsprozeß an einem Locus minoris resistentiae handelte. Septische Peritonitis ist dabei nicht notwendig, wie F. feststellt, und ebenso kann es sich um richtige Embolie in den Magengefäßen handeln.

Loewenhardt (Breslau).

---

9) **Stadler.** Zur diagnostischen Bedeutung der Leukocytenwerte bei den vom Blinddarm und Wurmfortsatz ausgehenden entzündlichen Prozessen.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

An 70 neuen Fälle von Perityphlitis aus der Leipziger medizinischen Klinik bestätigt S. die früher aus derselben Klinik durch Curschmann erfolgte erste Veröffentlichung über obiges Thema.

Bei den nicht eitrigen Fällen erreichte die Leukocytenzahl nie 23000 und sank stets bald zur Norm. Dagegen spricht auch nur einmaliges Steigen der Leukocyten über 25000 für Vorhandensein von Eiter, während im übrigen bei Vermehrung der Leukocyten das Wesentliche nicht die absolute Größe der Zahl, sondern ihr tagelanges Andauern und selbst Wachsen es ist, was für Eiterung beweisend ist. Mit der Eröffnung des Abszesses sinkt die Leukocytenzahl; findet aber Eiterretention statt oder sind noch weitere, geschlossene Herde im Körper vorhanden, so bleiben die Leukocyten hoch an Zahl oder beginnen von neuem zu steigen.

Bei allgemeiner eitriger Peritonitis bildet die Höhe der Leukocytenzahl einen Maßstab für die Widerstandskraft des Organismus; bei günstig verlaufenden Fällen ist sie hoch, bei schweren, tödlich verlaufenden niedrig, da dann der Organismus nicht Kraft fand, nennenswerten Widerstand zu leisten.

Demnach steht für die Diagnose der Abszeßbildung bei der akuten Perityphlitis das Verhalten der weißen Blutzellen allen sonstigen klinischen Zeichen, wie Form und Konsistenz des Exsudates, Verhalten der Körperwärme, Ergebnis der Probepunktion, an Sicherheit weit voran. Mit der Abkapselung eines perityphlitischen Abszesses durch feste Membranen und der Lokalisierung des entzündlichen Prozesses geht die Leukocytose meist auf niedere Werte, ausnahmsweise sogar bis zur Norm zurück. Bei chronischen Eiterungen hat das Verhalten der Leukocyten also nur einen beschränkten diagnostischen Wert.

Haeckel (Stettin).

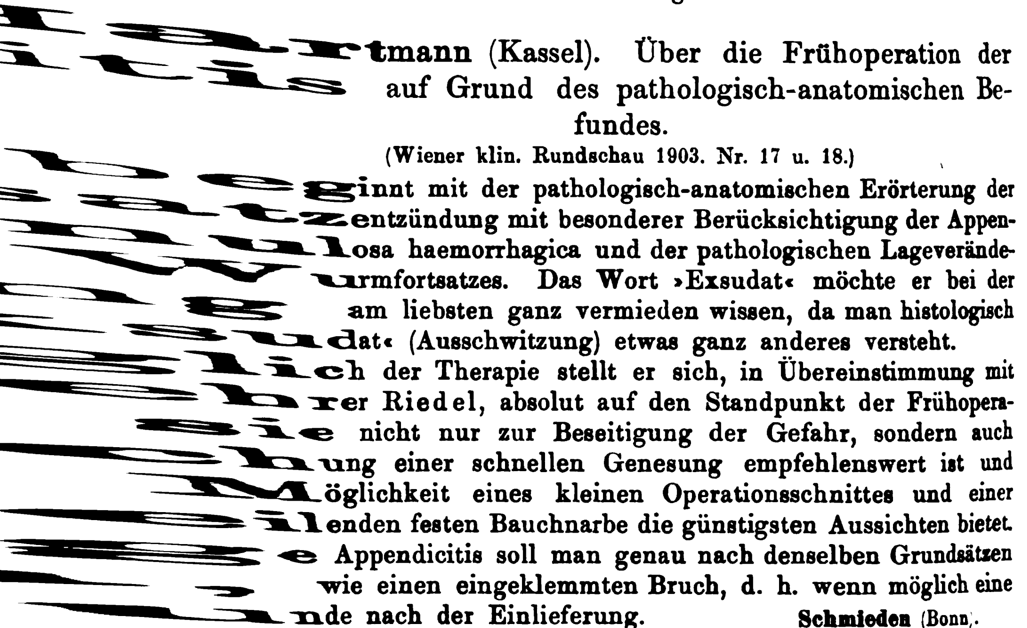
---

10) **Ch. Kraft** (Lausanne). L'appendicite et l'opium.

(Revue de chir. XXIII. année. Nr. 4.)

Verf. erhebt seine warnende Stimme gegen die Versuche, das Opium aus der Behandlung der Appendicitis zu verdrängen durch Verabfolgung von Rizinus und Einläufen. Er glaubt diese Vorschläge von Bourget und Robin nur auf eine inexakte Auffassung des Krankheitsvorganges zurückführen zu sollen und möchte die Verständigung zwischen diesen Internen und den Chirurgen durch korrektere Bezeichnung der Krankheit anbahnen. Die chirurgische Erkrankung sei keiner abführenden Behandlung zugänglich, da sie stets (?) mit Reizung des Bauchfells (daher Periappendicitis) einhergehe. Da, wo die sofortige Operation nicht angezeigt sei, müsse durch die beruhigende Wirkung des Opium das Bauchfell in seiner Bestrebung, heilende Verwachsungen und Abkapselung zu schaffen, unterstützt werden. Abführungen sind unnütz — denn sie treffen die Krankheitsursache nicht — und können gefährlich werden.

Christel (Metz).



...tmann (Kassel). Über die Frühoperation der ... auf Grund des pathologisch-anatomischen Befundes.

(Wiener klin. Rundschau 1903. Nr. 17 u. 18.)

...ginnt mit der pathologisch-anatomischen Erörterung der ...entzündung mit besonderer Berücksichtigung der Appen... ...losa haemorrhagica und der pathologischen Lageverände... ...urmfortsatzes. Das Wort »Exsudat« möchte er bei der ... am liebsten ganz vermieden wissen, da man histologisch ...dat« (Ausschwitzung) etwas ganz anderes versteht. ...ich der Therapie stellt er sich, in Übereinstimmung mit ...rer Riedel, absolut auf den Standpunkt der Frühopera... ...ie nicht nur zur Beseitigung der Gefahr, sondern auch ...ung einer schnellen Genesung empfehlenswert ist und ...Möglichkeit eines kleinen Operationsschnittes und einer ...lenden festen Bauchnarbe die günstigsten Aussichten bietet. ...e Appendicitis soll man genau nach denselben Grundsätzen ... wie einen eingeklemmten Bruch, d. h. wenn möglich eine ...nde nach der Einlieferung.

Schmieden (Bonn).

...G. Lennander. Gedanken über Diagnose und Ope...ler Appendicitis, besonders über Frühoperation des akuten Anfalls.

(Nordisk Tidskrift for Terapi Bd. I. p. 21. [Schwedisch.])

... Arbeit ist ein Wiederhall der kontinentalen und trans... Diskussionen über die Frühoperation des akuten Anfalls ...rmfortsatzerkrankung. Wußte man nicht vorher, daß Verf. ...als andere im Norden sich für eine scharf individualisierende ...lung der akuten Appendicitis mit augenblicklicher Operation ...eden Falles, wo eine fortschreitende eitrige Peritonitis und ...st schnelle Operation in Fällen, wo eine begrenzte eitrige Peri...citis vorläge, ausgesprochen, so braucht man nur vorliegende Ab...ng durchzulesen, um die Ansichten Verfs. in den betreffenden ... sich zu vergegenwärtigen (cf. Zentralblatt für Chirurgie 1895 ...). Verf. glaubt nicht, daß es so schwer sei zu entscheiden, ...e Fälle sofort zu operieren sind, wenn man genau die Angaben ...die Vorgeschichte des Kranken und sein jetziges Kranksein ...eht und das Allgemeinbefinden des Pat. mehr berücksichtigt ...nzelne Symptome. Steht man schwankend vor einem Falle, ob ...ige Operation indiziert ist oder nicht, tut man immer am besten, ...ich zu operieren.

Einige besonders wichtige Punkte in der Appendicitislehre wer... vom Verf. in der vorliegenden Arbeit erörtert; so der in ge... den ...en Fällen latente Ablauf der Krankheit im Wurmfortsatz, die Bedeutung einer vom Processus vermiformis entsprungenen Lymph-

angitis bezw. -adenitis, die infektiöse Enterokolitis als ein bedeutungsvolles ätiologisches Moment bei der Appendicitis. Manche bisher dunkle Symptome im Krankheitsverlauf werden durch die Untersuchungen Verf.s über die Sensibilität in der Bauchhöhle erklärt. Erst wenn die Entzündungsprodukte den sensiblen Nerven in der Parietalserosa erreicht haben — dies mag auf dem einen oder anderen Wege geschehen sein —, lösen sie Schmerzen aus. So etwa können diejenigen Fälle deutlich erklärt werden, wo die Schmerzen zuerst in der linken Seite bezw. mitten im Bauche auftreten.

Verf. liefert zunächst eine Übersicht über die Appendicitisoperationen an der Upsala-Klinik 1888—1901. Der erste à froid operierte Fall wurde im September 1891 behandelt; bis Ende 1901 sind 271 Pat. im freien Intervall operiert ohne einen Todesfall. In den verflossenen zehn Jahren hat Verf. allmählich seine Indikationen zur Intervalloperation erweitert. Er operiert jede Person, die einen sicher diagnostizierten Anfall von Appendicitis gehabt hat, sobald er die Operation verlangt. Er rät zur Operation

1) wenn er eine mehr gefährliche Lage des Wurmfortsatzes diagnostiziert hat (z. B. an der medialen Seite des Blinddarms zwischen den Dünndärmen);

2) wenn die gewöhnliche Beschäftigung des Pat. eine solche ist, daß er z. B. unregelmäßige Mahlzeiten nicht vermeiden kann, wie auch starke Temperaturschwankungen oder heftige Körperanstrengungen;

3) wenn er weiß, daß Pat. seine Wirksamkeit in einer Gegend hat oder haben wird, wo es ihm unmöglich ist, bei einem neuen Anfall chirurgische Hilfe zu bekommen.

Während des akuten Anfalls hat Verf. 238 Fälle operiert mit 50 = 21% Todesfällen.

Den Erörterungen Verf.s über die Indikationen zur Operation im akuten Anfall zu folgen, würde im Referat zu weit führen.

Sobald eine fortschreitende seröse oder eitrige Peritonitis diagnostiziert ist, bevor der Puls klein und frequent geworden ist, sobald Eiweiß im Harn nachweisbar (Heller's Probe), sobald das Verhältnis der Leukocyten es anzeigt usw., operiert Verf., es sei tags oder nachts. — Verf. schließt seine sehr instruktive und mit vielen erläuternden, ausführlichen Krankengeschichten ausgestattete Arbeit mit folgenden Worten:

»Das Studium meiner akuten und chronischen Fälle von Appendicitis hat mich gelehrt, daß es am besten für den Pat. ist, operiert zu werden in den ersten Stunden, nachdem man die Diagnose der akuten Appendicitis hat machen können, falls entweder sein Allgemeinbefinden oder irgendwelche lokale Symptome beunruhigend sind.«

Hanssen (Cimbrishamn).



13) **Menge** (Leipzig). Zur Radikaloperation der Nabelbrüche und der epigastrischen und subumbilikalen Hernien der Linea alba.

(Zentralblatt für Gynäkologie 1903. Nr. 13.)

Auf eine Anregung Pfannenstiel's hat Verf. die Biondi'sche Methode der Naht der Nabelbrüche bei subumbilikalen, epigastrischen und umbilikalen Hernien versucht und war mit den Resultaten sehr zufrieden. Es kam ihm dabei hauptsächlich auf eine breite, flächenhafte Verwachsung der Fascie mit dem Muskel an der ursprünglichen Bruchstelle an. Die Naht gestaltet sich so, daß das Bauchfell und die Muskulatur der Rekti in vertikaler Richtung, die Fascie in querer Richtung vereinigt werden. Genaueres ist aus den beiden Krankengeschichten zu ersehen, die Verf. beibringt.

Schmieden (Bonn).

---

14) **Faddei** e **Coletti** (Padova). Ricerche sperimentali sulle consequenze dell' affrontamento delle superifici mucose estroflesse nella sutura intestinale.

Ferrara, **Bresciani**, 1903. 32 S. 1 Tafel.

Verff. haben auf experimentellem Wege (31 Versuche an Hunden) die Frage zu beantworten gesucht, ob und wie die durch Naht gegeneinander fixierten Schleimhautflächen des Darmes miteinander verwachsen; ferner was aus den in die entstehende Narbe eingeschlossenen Drüsenelementen wird und welchen praktischen Wert schließlich ein solches Verfahren habe. Verff. kamen zu folgenden Resultaten: Dort wo sich die Schleimhaut spontan nach außen umstülpt, also vor allem bei Verletzungen des Darmes, gestaltet sich die Methode sehr einfach; ferner verhütet sie die Bildung eines nach der Darmlichtung gerichteten Sporns. Die Art und die Festigkeit der Narbenbildung zwischen den Schleimhautflächen richtet sich je nach der Größe und Tiefe der Epithelzerstörung (hervorgerufen durch ein Trauma, oder experimentell durch Abschaben der Schleimhautflächen). Die Verwachsungen gehen vom Bindegewebe aus und bilden sich an jenen Stellen, wo das Epithel fehlt; und zwar desto rascher und fester, je ausgedehnter und tiefgreifender die epithelialen Deckschichten zerstört oder abgeschabt worden waren. In den Fällen geringfügiger Epithelzerstörung zeigten die eingeschlossenen Drüsenschläuche nur wenig Neigung zum Verschwinden (zweimal konstatierten Verf. sogar eine Epithelwucherung in denselben); dort hingegen, wo die Schleimhautoberfläche energisch abgeschabt worden war, fielen die in die Narbe eingeschlossenen Drüsenreste einer Atrophie anheim. — Im großen und ganzen halten demnach Verff. die Resullate ihrer Untersuchungen für ermutigende.

A. Most (Breslau).



15) **Schulz.** Über Dauererfolge der internen Therapie des Ulcus ventriculi.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Chirurgie u. Medizin Bd. XI. Hft. 1.)

S. hat aus Kast's Tätigkeit in Hamburg und Breslau 294 Fälle von Magengeschwür zusammengestellt, um die Resultate der nach den Ziemssen-Leube'schen Grundsätzen geleiteten Therapie festzustellen. Es wurden nur solche Fälle aufgenommen, in denen stattgehabte Blutung die Diagnose auf Geschwür absolut sicherstellte. Es ergab sich zunächst, daß man ein falsches Urteil gewinnt, wenn man den Zustand bei der Entlassung aus dem Krankenhaus als Maßstab nimmt. Da viele ein Rezidiv bekommen, so ist es geboten, als Minimum der Beobachtungsdauer für die Dauererfolge 6 Monate zu nehmen. S. stellte also unter Berücksichtigung dieses Umstandes Umfragen an und kam so zu dem Resultat, daß 64% aller einer Erkundigung zugänglich gewesenen Kranken geheilt blieben. Bei 18% hatte die Behandlung die Wiederkehr des Leidens nicht zu verhüten vermocht, doch war schließlich der größte Teil dieser Pat. zur Heilung gelangt, und von den übrigen läßt sich annehmen, daß er durch erneute sachgemäße Behandlung wesentlicher Besserung würde zugeführt werden können. In den übrigen 18% trat ein Mißerfolg ein, und zwar führten 10,4% eine Existenz mit erheblichen Magenbeschwerden, während 7,6% an ihrem Magengeschwür zugrunde gegangen sind. (Berücksichtigt man, daß von den 291 Kranken 16 schon während der Behandlung an den Folgen des Geschwürs starben, 12 später dessen Folgen erlagen, so kommen auf 291 Fälle bei interner Behandlung im ganzen 28 Todesfälle = 9,6% Mortalität. Ref.)

Haeckel (Stettin).

---

16) **Grohé** (Jena). Die totale Magenexstirpation bei Tieren.

(Archiv für exper. Pathologie und Pharmakologie Bd. XLIX.)

Verf. hatte die Aufgabe, zum Zwecke physiologischer Experimente eine absolut vollständige Magenresektion beim Versuchstier auszuführen. Er stellt zunächst fest, daß trotz vieler Bemühungen dies beim Hund noch nie gelungen ist, es bleibt stets ein Trichter von Magenschleimhaut an der Speiseröhre hängen. Nur Carvallo und Pachon haben an einer Katze eine totale Magenresektion ausgeführt. G. gelang es nun bei einer Hündin, welche er am 6. November 1902 operierte, das gleiche zu erreichen, und zwar in der Weise, daß er zunächst am Ösophagus ein etwa 1 cm breites Stück Magen sitzen ließ. Aus diesem exstirpierte er dann mit absoluter Vollständigkeit die Schleimhaut und benutzte die Muscularis und Serosa nur zur Anlegung einer Anastomose mit dem Dünndarm. Diese Anastomose wurde ohne Murphyknopf gemacht.

Der so operierte Hund erholte sich und blieb am Leben.

Schmieden (Bonn).



17) **A. Mattòli** (Tolentino). La gastro-enterostomia, metodi operativi, indicazioni, risultati.

Rom, **Società editrice Dante Alighieri,** 1903. 330 S. 65 Figuren.

Verf. bespricht in ausführlicher und kritischer Weise und unter eingehender Benutzung der einschlägigen Literatur die Gastroenteroanastomosis, ihre Geschichte, ihre Indikationen, die verschiedenen Methoden und deren Resultate. Einzelne Fragen werden an der Hand eigener Erfahrungen erörtert, sowie auf tierexperimentellem Wege zu beantworten gesucht. — Unter den Methoden gibt Verf. der v. Hacker'schen den Vorzug, welche er durch starkes Hervorziehen des Magens durch den Mesenterialschlitz möglichst vor der Bauchwunde auszuführen sucht. Ein breiter Raum wird dem Circulus vitiosus gewidmet. Experimente des Verf. haben ergeben, daß die schweren Bilder dieser Störung auf einer Insuffizienz oder mangelhaften Funktion der abführenden Schlinge beruhen. Auch ist M. der Ansicht, daß ein Rückfluß von Galle und Pankreassaft in den Magen an sich keine Schädigung bedeutet. Zur sicheren Vermeidung des Circulus hat sich M. folgendes Verfahren ausgedacht und ausprobiert: Die Lichtung des zuführenden Schenkels der zur Anastomose verwandten Schlinge wird dadurch verengt, daß mittels 6 bis 8 feiner, Serosa und Muscularis fassender Nähte eine Längsfalte am Darm gebildet und in diesen eingestülpt wird; vor dieser verengten Darmpartie wird alsdann mit dem abführenden Schenkel eine seitliche Anastomose ausgeführt. Den Schluß der fleißigen Arbeit bildet eine italienische Statistik; die Sammelforschung des Verf. ergab 1028 Operationen mit 20,23% Sterblichkeit (10,5% bei gutartigen Leiden, 33,56% bei Karzinom).

A. Most (Breslau).

---

18) **Wandel.** Über Volvulus des Coecum und Colon ascendens.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd XI. Hft. 1.)

Nachdem W. ausführlich die Entwicklungsgeschichte des Darms dargestellt, leitet er die abnorm freie Beweglichkeit des Blind- und aufsteigenden Dickdarms von einem Stehenbleiben auf früheren Entwicklungsstadien ab, wobei das Bestehen eines Mesenterium ileocoeci commune eine wesentliche Rolle spielt. Er untersuchte bei gegen 800 Sektionen die Fixationsverhältnisse der genannten Darmabschnitte und fand, daß in ca. 10% der Fälle eine so abnorme Beweglichkeit bestand, daß Knickungen, Drehungen oder Verlagerungen möglich gewesen wären; ein ausgebildetes Mesenterium ileo-coeci commune sah er in 1% der Sektionen.

Verf. gibt sodann eine ausführliche Beschreibung eines Falles von Torsion des Colon ascendens und des gesamten Dünndarms aus dem Baseler pathologisch-anatomischen Institut, drei in Dissertationen schon beschriebene Fälle von Achsendrehung des Colon ascendens aus dem Kieler pathologisch-anatomischen Institut und einen in

der Kieler medizinischen Klinik beobachteten. Es werden sodann alle in der Literatur niedergelegten Fälle kurz referiert. Auf Grund dieses gesamten Materials legt er dar, wie der Volvulus des Coecum und Colon ascendens trotz der Vielseitigkeit der Erscheinungen, in denen er auftritt, doch insofern einen besonderen Typus des Ileus bildet, als er auf entwicklungsgeschichtlich einheitlicher Grundlage beruhend, auch im Mechanismus und äußerer Ursache seiner Entstehung, in seiner Symptomatologie und im Verlauf eine Reihe charakteristischer Momente aufweist, so daß die Diagnose unter Umständen gut gestellt werden kann. **Haeckel** (Stettin).

---

19) **R. Faltin.** Beiträge zur Kenntnis des Volvulus coeci.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLIV. Nr. 7. [Schwedisch.])

Die Fortschritte der modernen Medizin und Chirurgie haben uns gelehrt, aus dem Kollektivnamen Ileus immer mehr pathologische Zustände auszuscheiden. Peritonitis (dynamischer Ileus), Obturation, Strangulation, Invagination, Volvulus flexurae sigmoideae, Gallensteinileus u. a. m. sind schon so bekannt, daß die Diagnose gestellt werden kann, ehe wir das Messer zur Hand nehmen, wenn sie auch nicht immer gestellt wird. Eine Form des Darmverschlusses, die bisher weniger bekannt ist, der Volvulus coeci, ist vom Verf. eingehend und verdienstvoll in der vorliegenden Arbeit monographisch bearbeitet. Die Arbeit ist umsomehr beachtenswert, als die neueren chirurgischen und medizinischen Handbücher das Kapitel über Volvulus coeci sehr knapp und mangelhaft erwähnen (cf. Schlange bei v. Mikulicz, v. Bergmann, v. Bruns, Graser bei Penzoldt-Stintzing, Jalaguier bei Duplay et Reclus). Verf. definiert das Leiden als »jede zu Darmokklusion führende Knickung, Achsendrehung oder Verknotung, in welcher der Blinddarm mit interessiert ist, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob außer dem Blinddarm kleinere oder größere Teile des Dünn- oder Dickdarms an dem Verlagerungsprozeß beteiligt sind.« Seine Kasuistik umfaßt 75 Fälle, darunter 24 von Zoege v. Manteuffel in seiner Monographie erwähnte, die übrigen aus den Krankenhäusern Finnlands gesammelt, unter welchen 12 aus der chirurgischen Klinik in Helsingfors. Die Häufigkeit der Krankheit, das Alter der betroffenen Pat., die entwicklungsgeschichtliche Prädisposition, der Mechanismus der Drehung, das klinische Bild, die Symptomatologie und der Verlauf werden in besonderen Kapiteln allseitig besprochen. Differentialdiagnostische Merkmale zwischen der betr. Krankheit und dem Volvulus der Flexur sind junges bezw. hohes Alter, fäkales bezw. nicht fäkulentes Erbrechen; ein mäßiger lokaler Meteorismus von annähernd querer Gestaltung bezw. enormer lokaler Meteorismus mit Tenesmen und das Verhalten des Darms Klysmen gegenüber, die bei Volvulus coeci reichlich einlaufen, bei Volvulus flexurae in höchstens einem Liter.

Die Behandlung soll zuerst die Drehung aufheben, dann gründliche Entleerung besorgen. Daneben muß eine etwa bestehende Peritonitis mit allen Mitteln bekämpft und Kollapserscheinungen vorgebeugt werden.

In $33^1/_3$% wurde Heilung erreicht. Alle 20 Pat., bei denen die Drehung nicht aufgehoben wurde, starben; in 55 Fällen wurde der Volvulus zurückgedreht, »sonst aber recht verschiedenartig vorgegangen«; das Resultat war 45,46% Heilung.

Die Arbeit stellt sich würdig an die Seite der v. Manteuffelschen Monographie und füllt eine längst gefühlte Lücke in der Literatur aus.

Hansson (Cimbrishamn].

---

20) **C. G. Darling** and **D. Loree.** Report of an operation for carcinoma of the coecum and one of carcinoma of the transverse colon.

(New York med record 1903. Juni 13.)

Verf. macht besonders auf die Verhältnisse bei der Bedeckung der Nahtlinie mit Netz aufmerksam und zieht die Naht allen anderen technischen Hilfsmitteln vor, ein in amerikanischen Publikationen nicht häufiger Standpunkt.

Die Nützlichkeit des Netzschutzes kann durch die spätere Möglichkeit von Verwachsungen und nachfolgender Verstopfung nicht verringert werden, nur muß dieses Ereignis im Auge behalten, das Netz mit möglichst wenig Nähten befestigt und wegen der Nahtinfektion bis zum vierten Tage ein Drain angelegt werden.

Loewenhardt (Breslau).

---

21) **L. Lofton.** Hot decinormal salt solution injections in the treatment of hemorrhoids.

(New York med. record 1903. März 14.)

Verf. erzielt durch Injektion kochend heißer Kochsalzlösung Koagulation der Hämorrhoidalknoten und behauptet, daß die Hitze noch den Vorteil der Anästhesierung habe.

L. hat 17 Fälle von teils recht großen inneren und äußeren Hämorrhoiden auf diese Weise mit radikalem Erfolg behandelt.

Eine scharfe Nadel wird in den Knoten eingestochen, ca. 10 Tropfen eingespritzt, die Nadel immer mehr zurückgezogen und in kleinen Pausen weiter bis zur Schleimhautoberfläche verfahren.

Ambulante Nachbehandlung mit Salbe. **Loewenhardt** (Breslau).

---

22) **G. W. Roberts.** Sigmoido-protectomy for cancer of the rectum.

(New York med. record 1903. März 21.)

»Die Lebensdauer bei nicht operiertem Mastdarmkarzinom beträgt ungefähr 1 Jahr, nach der Operation dagegen im Durchschnitt $2^1/_2$ Jahre.«

Diese Resultate führen dazu, die Technik noch mehr zu vervollkommnen, um möglichst radikal vorgehen zu können; denn bei den meisten bisherigen Methoden werden die sakralen Lymphstränge nicht genügend berücksichtigt.

Nach Meinung des Verf. hat nur die freie Eröffnung der Bauchhöhle wirklichen Wert, schon weil 67% der Mastdarmkrebse im »supra-peritonealen« Abschnitt liegen. Der sakrale Weg nach Kraske und anderen sei unnötig schwierig und blutig, und der Versuch, den After zu erhalten, hin und wieder verhängnisvoll.

R. wendet daher die abdomino-perineale Methode an, wie Quénu, Sonnenburg usw., Laparotomie der Mittellinie, bei etwaigen Metastasen nur palliative Kolotomie. Andernfalls künstlicher After etwa nach der Methode von Witzel, parallel dem linken Poupartschen Bande; parallele Inzision unterhalb nur durch die Haut, Unterminierung der Brücke, unter welche das obere Ende der Flexur durchgezogen wird, Durchschneiden dieser doppelt unterbundenen Darmschlinge und Kauterisation der Schleimhaut (event. muß das Mesenterium der Flexur mit Schonung der Gefäße getrennt werden). Mesosigmoideum und Mesorektum werden dann rechts und links durchschnitten und am Eintritt des Darmes in das kleine Becken entweder nach der Scheide, oder beim Manne nach der Blase vorn ein Rundschnitt hinzugefügt. Das gesamte Zellgewebe, die sakralen Lymphdrüsen und die obere Hämorrhoidalis, welche beim Übergang über das Promontorium noch ein Nest von Lymphknoten mitbringt, werden nun versorgt und in toto mit dem Mastdarm gelöst. Nach Unterbindung der Arterien ist der übrige Eingriff fast blutlos.

Bei der Frau wird dann eine Gegenöffnung in der Scheide gemacht und der untere Darmstumpf hinein gezogen, die Bauchhöhle versorgt, vernäht und verbunden. Die weitere Exstirpation des Darmes erfolgt von der vaginalen Schnittverlängerung durch den Damm.

Beim Manne wird der Zirkelschnitt bis zum Steißbein ausgeführt.

Kasuistik von drei glücklich operierten Fällen.

Obgleich Verf. die Unannehmlichkeit des Anus iliacus nicht unterschätzt, zieht er doch diese Methode vor. Im allgemeinen entspricht, wie man sieht, das Verfahren der Methode von Quénu.

Loewenhardt (Breslau).

Kleinere Mitteilungen.

Ein neuer Operations- und Extensionstisch.

Von

Dr. **Albert E. Stein,**

dirigierendem Arzt der chirurgischen Abteilung des Augusta-Victoria-Bades in Wiesbaden.

In folgenden Zeilen soll ein neuer Operations- und Extenstionstisch kurz beschrieben werden, der vor den bisher im Gebrauch gewesenen Tischen verschiedene Vorteile besitzt und dem insbesondere die Nachteile nicht anhaften, die jedem aufgefallen sind, der mit den wohl am meisten gebräuchlichen Tischen von Schede oder Heusner-Engels zu arbeiten Gelegenheit hatte.

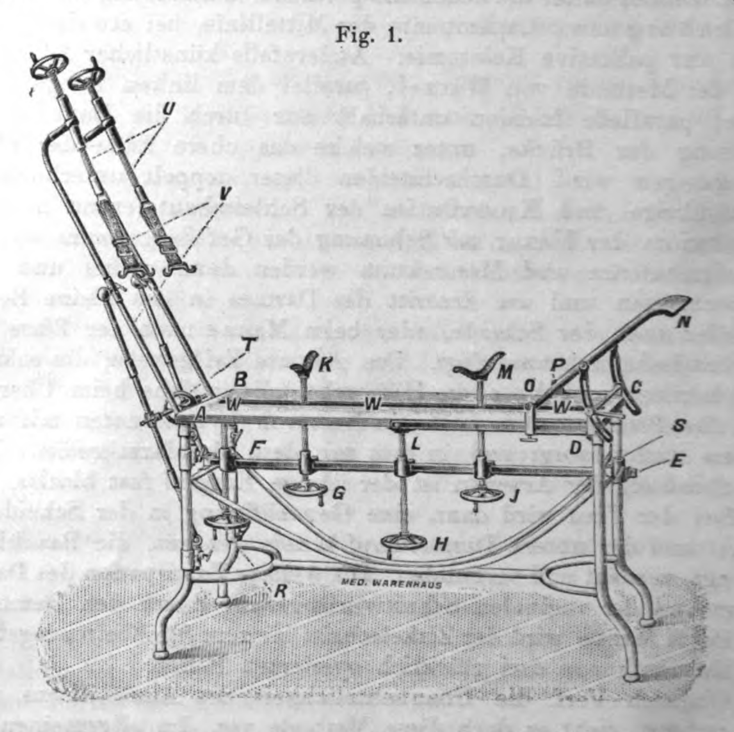


Der neue Tisch hat den Hauptzweck, eine gut brauchbare und möglichst einfache Vereinigung eines Operationstisches mit einem Extensionstisch darzustellen, wie er in Betrieben gebraucht wird, in denen sowohl chirurgische, wie rein orthopädische Eingriffe vorgenommen werden. Der Tisch besteht im großen und ganzen aus drei Teilen:

1) dem Operationstisch,
2) der Vorrichtung zur Extension,
3) der Vorrichtung zur Anlegung von Rumpfgipsverbänden.

Was zunächst den Operationstisch anbelangt, so besteht er aus einer auf vier Füßen in der normalen Operationstischhöhe angebrachten Zinkplatte *A*, *B*, *C*, *D* (Fig. 1) und einer abnehmbaren und der Länge nach verschiebbaren Rückenstützplatte *O*, *P*, *N*. Letztere kann infolge einer besonderen Vorrichtung um-

Fig. 1.



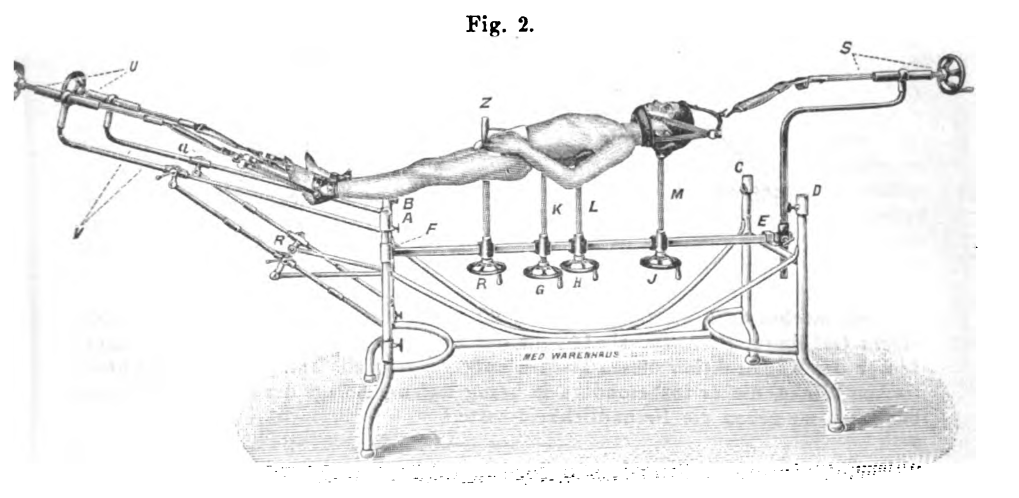
gedreht werden, so daß ihr konvexer Teil nach dem Ende des Tisches gerichtet ist. Man kann dann weiterhin bei *D* und *C* Beinstützen anschrauben, um auf diese Weise den Pat. gynäkologisch usw. zu lagern.

Die Extensionsvorrichtungen an dem Tische sind in folgender Weise zur Ausführung gelangt: Zunächst befindet sich am Ende der unter dem Tische herlaufenden Achse *E*, *F* bei *S* die leicht abnehmbare Kopfextension (Fig. 2). Dieselbe besteht aus dem überall üblichen Kopfzug; indessen wird die Extension selber durch eine Spindelschraube (*S* Fig. 2) ausgeführt. Die Achse dieser Spindelschraube ist nach Zentimetern eingeteilt, während die einzelnen Schraubenwindungen der Spindel möglichst eng konstruiert sind, so daß ein ganz allmählicher und stets zu kontrollierender Zug am Kopfe garantiert ist. Die Extension für die Beine besteht aus dem Gestänge *V* (Fig. 1 und 2). Dasselbe ist, wie die Zeichnungen von selbst ergeben, sowohl der Höhe nach bis fast zur horizontalen, als auch seitlich zur Abduktion verstellbar. Sämtliche Verstellbarkeiten (*a*) sind genau nach Maßen gleichmäßig auf beiden Seiten eingeteilt und arbeiten vollständig symmetrisch. Die Extension selbst wird auch hier wieder durch Spindel-

züge mit möglichst schmalen Windungen hervorgebracht; auch hier ist die beim Kopfzug oben beschriebene Zentimetereinteilung an der Spindelachse beiderseits vorgesehen. Die Abduktion der beiden Extensionsvorrichtungen voneinander wird wiederum durch vollständig gleichmäßig arbeitende und genau eingeteilte Spindeln ausgeführt, welche durch Drehung an dem Rade *R* (Fig. 1), nach rechts und links bewegt werden. Dieses Rad kann auch durch ein gleichem Zwecke dienendes Gestänge ersetzt werden (Fig. 2).

Zur Anlegung von Rumpf- oder Rumpf-Beinverbänden dient eine besondere Rumpfhochlagerungsvorrichtung. Dieselbe ist in folgender Weise konstruiert worden: Unter der leicht abnehmbaren Tischplatte *A*, *B*, *C*, *D* läuft eine vierkantige Achse *E*, *F*, auf welcher, der Länge nach verschiebbar, vier Spindeln (*R*, *G*, *H*, *J*) montiert sind. Von diesen Spindeln trägt die erste (*R*) an ihrem oberen Rande die Beckenstütze *Z*, während die drei anderen die Querlagerungsstützen für den Rumpf (*K*, *L*, *M*) führen. Diese Querlagerungsstützen sind

Fig. 2.



auf den Spindeln drehbar. Dadurch, daß sich in der Mitte der Tischplatte *A*, *B*, *C*, *D* ein der Länge nach gestellter Schlitz (*W*) befindet, ist es möglich, Beckenstütze und Rückenlagerungsbänkchen durch die Tischplatte hochzuschrauben, ohne diese selbst erst abnehmen zu müssen (Fig. 1). Da es zuweilen sehr wünschenswert ist, den Pat. im Beginn irgendeines Eingriffs, um ihm das Gefühl der Sicherheit zu geben, auf eine feste Unterlage zu legen, so kann man nachträglich die Rumpfstützen durch den Schlitz der Tischplatte ganz langsam und allmählich hochschrauben und so den Körper des Pat. heben und in die erwünschte Lage bringen. Zieht man es dagegen vor, vollkommen frei zu arbeiten, so wird vor Beginn der Lagerung die Tischplatte (*A*, *B*, *C*, *D*) von dem Untergestell einfach abgehoben, und es restiert dann die durch Fig. 2 veranschaulichte, vollkommen freie Extensionsbank.

Die hochschraubbaren Querlagerungsbänkchen sind auch zur Anlegung des Verbandes nach einer Laparotomie naturgemäß sehr brauchbar, indem die oft so schädlich wirkende Erschütterung des Pat. bei der Lagerung auf die Volkmann-schen Bänkchen vollständig vermieden wird.

Der Tisch, welcher infolge des notwendigen Eisengestänges ziemlich schwer ist, kann durch einen leicht ausführbaren Handgriff auf Rollen gehoben werden (Fig. 3).

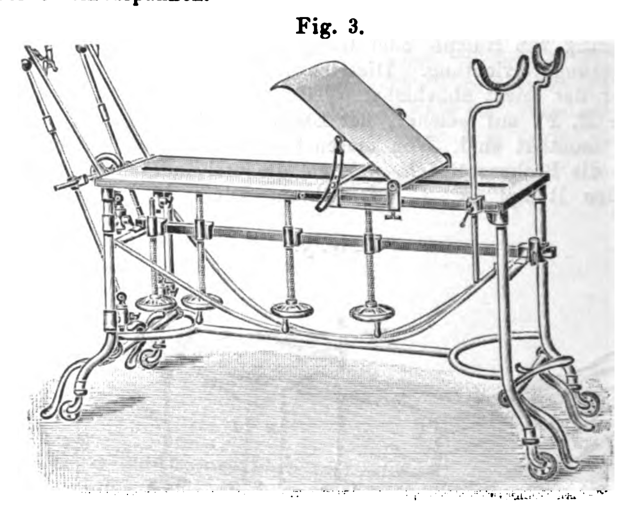
Die Vorteile des Tisches bestehen m. E. besonders darin, daß er

1) eine praktische Vereinigung von Operations- und Extensiontisch darstellt, daß

2) ein exaktes und sehr langsames Vorgehen bei der Extension möglich ist, und daß es

3) mit Hilfe der überall angebrachten Maßeinteilungen ermöglicht wird, die vorgenommene Extension nach jeder Richtung hin genau zu notieren und ev. den Pat. später wieder zu irgendeiner notwendigen Kontrolle, in eben derselben Art wie vorher einzuspannen.

Fig. 3.



Ich möchte auch an dieser Stelle nicht versäumen, meinem verehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Hoffa für das außerordentliche Interesse zu danken, das er der Konstruktion dieses Tisches entgegengebracht hat, sowie für die praktischen Winke, die er insbesondere in bezug auf die Anlage der Rückenlagerungsbänkchen zu geben die Freundlichkeit hatte.[1]

---

23) P. Thimm. Adipositas dolorosa und schmerzende symmetrische Lipome.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXVI. Nr. 6.)

Verf. beobachtete einen Fall von symmetrischen Lipomen, welche sich unter starken, anfallsweise auftretenden Schmerzen und Abnahme der Körperkräfte entwickelten; die Druckempfindlichkeit war mäßig; über einzelnen besonders schmerzhaften Knoten war die Haut blaurot verfärbt. Durch die Entfernung der größeren, von einer prallgespannten, gefäßreichen Kapsel bedeckten Knoten wurden die Schmerzen beseitigt. Auf Grund dieses Falles und der Literatur kommt T. zu dem Schluß, daß die »Adipositas dolorosa« nicht, wie speziell Strübing wollte, ganz verschiedene Krankheiten seien, sondern daß sie sich nicht mehr voneinander unterscheiden, als »in anatomischer Beziehung die diffusen und die zirkumskripten Lipome«. Die Ursache für beide Erkrankungen sucht Verf. in zentralen nervösen Leiden, den Grund für die örtlichen Beschwerden in lokalen Verhältnissen (Zirkulationsänderungen usw.) **Jadassohn** (Bern).

24) Steinhaus. Über chorionepitheliomartige Wucherungen beim Manne.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 17.)

Auf die viel umstrittene Frage, über die Stellung und den Ausgangspunkt des Sänger'schen Deciduoma malignum, Sarcoma uteri deciduocellulare werfen

---

[1] Der Tisch wird von dem Medizinischen Waarenhaus in Berlin in den Handel gebracht.

analoge Befunde im Hoden besonderes Licht. Verf. veröffentlicht einen derartigen Fall aus dem Hoden eines 32jährigen Mannes mit genauer Schilderung des mikroskopischen Befundes, welcher ihn zu einem Embryom stempelt, in welchem Wucherungen von Elementen zustande gekommen sind, die mit denen des Chorionepithels identisch sind, und welche als Rudimente von Fruchthüllen angesprochen werden können. In weiterer Folge ist damit der Beweis gegeben, daß das Syncytium fötalen Ursprungs ist. **Herm. Frank** (Berlin).

25) **J. F. Fischer.** Bromäthylnarkose.

(Nordisk Tidskrift for Terapi Bd. I. p. 111. [Dänisch.])

In dem allgemeinen Streben, besondere Indikationen für die verschiedenen Anästhetika auszufinden, ist die Arbeit Verf.s als ein Beitrag zu begrüßen. F. hat an der Hals-, Ohren und Nasenklinik des Kommunehospitals in Kopenhagen (Prof. Mygind) etwa 100 Bromäthylnarkosen bei verschiedenen oto-laryngo- und rhinologischen Operationen geleitet (Parazenthese des Trommelfells, Ohrenpolypoperationen, Auslöffelung von Granulationen im Antrum, Extraktion von Fremdkörpern aus dem Ohre oder der Nase, Schleimhautpolypen, Schleimhauthypertrophien, lupöse] Gebilde in der Nase, Sequester im Cavum nasi, Trepanation der Kieferhöhle, Adenotomie gegen adenoide Vegetationen, Tonsillotomien usw.). Nur in einem Falle wurde eine vorübergehende Cyanose, sonst keine üblen Zufälle beobachtet. — Die Geschichte, die Indikationen und Kontraindikationen, die Technik und besondere Kautelen, die Vor- und Nachteile werden besonders und ausführlich besprochen. In dafür geeigneten Fällen (cf. die obengenannten Operationen) ist die Bromäthylnarkose anderen allgemeinen Narkosen wegen ihrer kurzen Dauer und relativen Ungefährlichkeit, einfachen Technik usw. vorzuziehen.

Hansson (Cimbrishamn).

26) **S. F. Tschish.** Muskeltransplantation zum Verschluß eines Bauchwanddefekts.

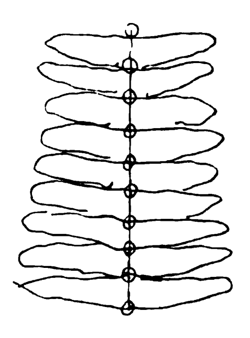
(Chirurgie 1903. Juli. [Russisch.])

Die 24 Jahre alte Frau überstand vor 14 Jahren eine Appendicitis mit Eiterung, wonach über dem rechten Poupartband ein 10—11 cm langer und 6—7 cm breiter Defekt zurückblieb. Es entwickelte sich ein Bruch, der jetzt kindskopfgroß ist. Operation: im Bruchsack Dünndarmschlingen und Blinddarm; Wurmfortsatz, von Verwachsungen umgeben, enthält einen harten Körper. Resektion des Wurmfortsatzes, Entfernung des Bruchsacks, Bauchfellnaht. Die Lücke in der Bauchwand kann nicht genäht werden. Daher Freilegung des M. sartorius, Durchtrennung desselben 30 cm unter der Sp. ant. sup., Ablösung von hinten mitsamt dem denselben innervierenden Nervenast bis 5—6 cm von der Spina, Bildung eines Loches in der Aponeurose des Obl. ext., Durchziehen des Muskels durch dieses Loch in die Lücke und Naht an deren Rand. Der weitere Verlauf wurde durch eine Pneumonie, sowie durch ein subkutanes Hämatom gestört. Nach drei Monaten ist der Defekt gut geschlossen, der Muskel aktiv und auf elektrische Reizung gut kontraktionsfähig. Am Oberschenkel ist die Haut anästhetisch. — Eine Figur erläutert die Operationstechnik. **Gückel** (Kondal, Saratow).

27) **Bartlett.** An improved filigree for the repair of large defects in the abdominal wall.

(Annals of surgery 1903. Juli.)

Verf. hat in sieben näher beschriebenen Fällen große Bauchwandlücken nach der Angabe Goepel's durch Einnähen von fertigen Silberdrahtnetzen mit dauerndem Erfolg zum Verschluß gebracht. Er ließ nach der Operation keine Bandagen tragen, da auch ohne dieselben der Verschluß gut und ohne Bruchbildung vertragen wurde. Statt des aus rechtwinklig gekreuzten Silberdrähten geformten Goepel'schen Netzes, welches nach ihm zu steif und unelastisch ist, stellte er



das seinige aus parallel und in horizontaler Richtung untereinander liegenden Drahtschleifen her, die in der Mittellinie durch einen senkrechten Draht verbunden waren. Im Übrigen war die Technik dieselbe, wie sie von Goepel angegeben ist. Seitlich wurden die Drahtschlingen mit Silberdrahtfäden lose an den Rändern der Bauchmuskeln befestigt und darüber die Haut genäht. Das Netz soll so tief wie möglich, gewöhnlich auf das vereinigte Bauchfell und nicht etwa auf die Muskelränder der Bauchwand gelegt werden. Sehr wichtig ist, daß die Größe des Netzes mit der Größe der Lücke genau übereinstimmt. Asepsis und nicht zu starke Zerrung der Wundränder ist unerläßlich. **Herhold** (Altona).

28) L. Moszkowicz. Physostigmin gegen gefahrdrohenden Meteorismus (namentlich nach Operationen).

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 22.)

Unter Anführung von fünf Fällen aus dem Gersuny'schen Rudolfinerhaus in Wien, bei denen wegen postoperativen Ileus (Darmlähmung) das Physostigminum salicylicum subkutan mit promptestem Erfolg zur Anwendung kam, gelangt M. zu folgenden Schlußfolgerungen:

Dosen von 0,001 Physostigminum salicylicum (Merck) wurden von drei hochgradig geschwächten Pat. sehr gut vertragen. Diese und in zwei Fällen halb so große Dosen zweimal nacheinander in größerem Intervall gegeben, haben hochgradig aufgetriebene Därme prompt zur Kontraktion gebracht. In zwei Fällen schien dieser Effekt lebensrettend zu wirken. An den übrigen Organen wurden üble Nebenwirkungen nicht beobachtet. Der Blutdruck war nach der Injektion deutlich erhöht. **Hübener** (Dresden).

29) Weber. Zur Symptomatologie und Therapie der perforativen Peritonitis bei Ulcus ventriculi.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 1.)

42jähriger Pat., seit Sommer 1900 Schmerzen in der Magengrube, die sich nach Mahlzeiten steigern, Aufstoßen von übelriechenden Gasen, periodisch auftretende Krämpfe im Epigastrium, starke Verstopfung, kein Blutbrechen, starke Abmagerung. Am 26. Januar 1901, 5 Tage vor Eintritt ins Hospital, starke Schmerzen in der Magengrube, Erbrechen ohne Blutbeimischung, Schwäche. Trotzdem ging Pat. noch 2 Tage umher.

Befund: Keine ausgesprochene Facies abdominalis, aber schwer krank. Atmung oberflächlich, Puls beschleunigt, cyanotische Lippen, kalte Extremitäten. Leib aufgetrieben, besonders in den oberen Partien, Bauchdecken stark gespannt. Magengrube druckempfindlich. Überall gleichmäßiger tympanitischer Schall; freie Flüssigkeit nicht nachweisbar. Stimmfremitus über dem ganzen Abdomen zu fühlen. Leber- und Milzdämpfung verschwunden.

Operation: Geruchloses Gas strömt aus der Bauchhöhle. Dünndarm und Colon transversum stark aufgetrieben, Serosa stark injiziert und glänzend, kein Exsudat, keine Verwachsung. Magen mäßig dilatiert, kleine Kurvatur locker mit dem linken Leberlappen verklebt. Beim Lösen tritt zuerst Luft, dann schaumige Flüssigkeit aus einer nahe dem Pylorus gelegenen linsengroßen Öffnung, deren Umgebung stark injiziert und von fibrinösen Schwarten bedeckt ist. Schluß der Öffnung durch zweireihige Naht. Tampon herausgeleitet, im übrigen Schluß der Wunde. Anfangs guter Verlauf, am 3. Tage wird Flüssigkeit per os gereicht, am 6. Tage läuft die aufgenommene Flüssigkeit am Tampon entlang aus der Wunde. Tod am 9. Tage.

Der Fall interessiert besonders wegen des nachweisbaren Stimmfremitus, der im Epigastrium sehr stark war und sich zur Symphyse hin allmählich abschwächte. Ein solcher kann nach Ansicht des Verf. nur dann auftreten, wenn die Bauchorgane keine Verwachsungen aufweisen und die Leber nach der Perforation sich senken konnte, wie das beim Umhergehen des Pat. möglich ist. Es besteht dann eine Kommunikation der zwischen der Leber und dem Zwerchfell angesammelten und der unter den Bauchdecken liegenden Luft, und es werden die geringsten Vibrationen des Diaphragmas beim Sprechen und Zählen durch die Elastizität des Gases den Bauchdecken weitergegeben.

Mit Recht hebt Verf. hervor, daß eine b eider Operation vorgenommene Jejunostomie wahrscheinlich den operativen Eingriff erfolgreich gestaltet und das Leben des Kranken verlängert hätte. **Langemak** (Rostock).

30) **A. E. Barker.** Clinical remarks on the results of operations for strangulated hernia and on the treatment of gangrenous herniae by enterectomy.

(Lancet 1903. Mai 30 u. Juni 6.)

Von den operierten 406 Fällen eingeklemmter Hernien endeten zahlreiche Fälle, bei denen der während der Operation gesund und lebensfähig erscheinende Darm reponiert wurde, nachträglich mit dem Tod an Peritonitis, die sich an eine Darmperforation anschloß oder vom unperforierten Darm ausging. Das Bauchfell wird also vom Darminnern aus auf Wegen infiziert, die beim gesunden Darme nicht vorhanden sind. Bei der Abwägung der Repositionsmöglichkeit ist das Moment der Einklemmungsdauer ein sehr unsicherer Führer. B. berichtet über einen erst 18 Stunden eingeklemmt gewesenen Schenkelbruch bei einer 33jährigen Frau. Der Darm wurde bei der Operation reponiert. Zunächst erfolgte Heilung. Ein nach einigen Monaten durch Verwachsungen herbeigeführter Darmverschluß machte jedoch die nachträgliche Resektion von 37 Zoll Dünndarm nötig. 25—30% der Todesfälle fanden ihren Grund in der erwähnten sekundären, nach der Darmreposition vom perforierten oder unperforierten Darm ausgehenden Peritonitis. Der nach der Herniotomie vor der Bruchpforte angelegte Kunstafter vermochte in 20 Fällen nur zweimal den Tod zu verhindern. Eine Herabsetzung der Sterblichkeit erreichte Verf. durch die in den letzten Jahren häufiger vorgenommene primäre Darmresektion ohne vorherige Afterbildung.

Im zweiten Teile der Arbeit begründet B. die Vorteile einer weitgehenden Darmresektion noch ausführlicher. Die Hauptgefahr für einen wegen Darmbrand operierten Pat. liegt in dem Zustand des Darmes 3 oder 4 Fuß oberhalb der Einklemmungsstelle. Die Abführung des toxischen Darminhalts ist in dem auch hier meist geweblich schwer geschädigten und paretischen Darme sehr erschwert, die Gefahr einer Toxämie oder Peritonitis groß. Aus diesem Grunde rät B. die gründliche Entfernung dieses Darmabschnitts, d. h. die Resektion von etwa 3 bis 4 Fuß Darm vorzunehmen. Er macht die zirkuläre Darmnaht. Doch weicht seine Methode in manchen Punkten von den üblichen Verfahren ab.

Nachdem die eingeklemmten Darmpartien gut aus der Bauchwunde vorgezogen worden sind, werden zunächst an den beiden Punkten, wo die Durchtrennung des Darmes erfolgen soll, Doyen'sche Klemmen angelegt. Das zwischen ihnen liegende Darmstück wird mit dem Mesenterium auseinander gezogen und dann in der Mitte gefaltet, so daß die beiden Klemmen aneinander liegen. Von dem freien Umschlagsrande des Mesenterium aus werden parallel dem zu resezierenden Darm, etwa 1 Zoll von ihm entfernt, die beiden Gekrösblätter durch eine dritte elastische Klemme abgeklemmt. Genügt diese nicht, so wird noch eine weitere Klemme hinzugefügt, die durch beide Mesenterialblätter geführt wird. Jedenfalls soll das Gekröse bis zum ersten Klemmenpaar abgeklemmt sein. Nun wird die Klemme am proximalen Punkte des Darmes entfernt, der Darm dort, wo die distale Klemme liegt, quer durchschnitten und vom Mesenterium bis zu der Stelle abgelöst, wo die erste Klemme lag. Das aus der Wunde heraushängende lange Darmstück wird in ein Gefäß geleitet, die verschließende Klemme entfernt und

der ganze Darminhalt von hoch oben durch Streichen entleert. Auf diese Prozedur legt B. besonderes Gewicht. Die beiden zusammenliegenden Mesenterialblätter werden zwischen Darm und Klemme aneinander genäht. An der Stelle, wo die distale Klemme liegt, wird das proximale Darmstück zwischen zwei Klemmen quer durchschnitten. Beide Darmstücke, die hier miteinander verbunden werden sollen, werden an diesem Punkte in eine elastische Klemme gefaßt. Der verschiedene Umfang der Darmlichtungen kann durch entsprechende Legung des Schrägschnittes ausgeglichen werden. Zirkuläre Darmnaht in der üblichen Weise beginnend am Mesenterialansatz. Reposition. Verschluß der Bauchwunde.

B. hat nach dieser Methode acht Fälle operiert, von denen fünf geheilt worden sind. Zwei Fälle werden in der Arbeit kurz, zwei weitere ausführlicher referiert. Drei Skizzen erläutern die angeführte Operationsmethode.

Läwen (Leipzig).

31) **S. Goldner.** Beitrag zur Diagnostik und Häufigkeit des kongenitalen Leistenbruches.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 41.)

An der Hand eines Materials von 800 Radikaloperationen nach Bassini in der weiland Albert'schen Klinik beschäftigt sich G. mit dem Studium der anatomischen Merkmale des angeborenen Leistenbruches. Besonders zwei von den in neuerer Zeit angegebenen sind es, denen eine besondere Beachtung geschenkt wird, die von Frank angeführten subserösen Lipome und das von Bayer angegebene Verhalten des Musculus cremaster. Beide lassen sich nach den Ergebnissen der G.'schen Untersuchungen als durchaus sichere Kennzeichen des Angeborenseins betrachten.

Was die an dem reichhaltigen Materiale beobachtete Häufigkeit der angeborenen Brüche anbelangt, so ergaben sich von den 701 nicht eingeklemmten Brüchen von Männern in 322 Fällen Anhaltspunkte für kongenitale Befunde, die des genaueren tabellarisch gesichtet und zusammengestellt werden.

Von Interesse ist der Umstand, daß außerdem in weiteren 50 männlichen Fällen, bei denen laut Anamnese der Bruch seit der Geburt bestanden hatte, gar keine anatomischen Merkmale ihrer Kongenitalität sich fanden.

Unter 71 weiblichen Hernien fanden sich in 31 Fällen kongenitale Befunde, dazu kommen wieder 9 Fälle, in denen anamnestisch der Bruch seit der Geburt bestand, ohne anatomisch bestätigenden Operationsbefund, d. h. unter 71 Fällen 40 kongenitalen Ursprunges = 56%.

Nicht ohne Bedeutung sind 14 Fälle von doppelseitigen Hernien; bei denen auf der einen Seite typisch kongenitale Verhältnisse sich vorfanden, während auf der anderen sich gar keine Anhaltspunkte für Kongenitalität ergaben. Dies ist G. eine Stütze für die Richtigkeit seiner Auffassung, daß gar manche Hernie kongenitalen Ursprungs sei, wenn auch der anatomische Beweis hierfür auf Grund der uns gegenwärtig zu Gebote stehenden Erkennungsmerkmale der Kongenitalität nicht zu erbringen ist. **Hübener** (Dresden).

32) **Atherton.** Retroperitoneal hernia.

(Annals of surgery 1903. Juni.)

A. entfernte im anfallsfreien Stadium bei einem Manne den Wurmfortsatz und einige Appendices epiploicae des Dickdarms. Am zweiten Tage nach der Operation erkrankte Pat. an den Erscheinungen innerer Darmeinklemmung, so daß die Bauchwunde wieder geöffnet werden mußte. Es wurde eine gangränöse Darmschlinge des Ileum reseziert, trotzdem trat der Tod ein. Bei der Autopsie zeigte es sich, daß unterhalb und nach außen vom Blinddarm eine nach hinten gehende und ein Zoll lange und tiefe Bauchfelltasche lag, in welcher die Einklemmung des Darmes stattgefunden hatte. **Herhold** (Altona).

33) Coley. Results of one thousand operations for the radical cure of inguinal and femoral hernia performed between 1891 and 1902.

(Annals of surgery 1903. Juni.)

Von den 1003 Hernien, die C. während des in der Überschrift angegebenen Zeitraums operierte, waren 937 Leistenbrüche (756 Männer, 181 Frauen) und 66 Schenkelbrüche. Das Alter der Operierten variierte von 1—70 Jahren. Es wurde nach der Bassini'schen Methode operiert, und zwar meistens mit Verlagerung des Samenstrangs; der Bruchsackhals wurde durch Tabaksbeutelnaht verschlossen, als Nahtmaterial diente für alle versenkten Nähte Catgut oder Känguruhsehne. Dieses Nahtmaterial wurde entweder unter Druck in Alkohol gekocht oder nach der Cumolmethode zubereitet. Die Känguruhsehne war chromisiert.

Verf. steht auf dem Standpunkt, daß Eiterungen des versenkten Nahtmaterials meist dadurch hervorgerufen werde, daß es mit den Händen des Operateurs oder seiner Assistenten in Berührung käme. Seitdem er und seine Assistenten Gummihandschuhe beim Operieren gebrauchen, ist Eiterung der versenkten Nähte nicht mehr vorgekommen. Bei der Operation des weiblichen Leistenbruchs wurde der Bruchsack vorsichtig vom runden Bande abpräpariert, das letztere aber nicht durchschnitten.

Was die Rezidive nach der Operation anbetrifft, so traten zehn derselben bei den 937 Leistenbrüchen und eins bei den 66 Schenkelbrüchen ein. Um nur einige Zahlen herauszugreifen, so waren 11 Jahre nach der Operation 6 Personen ohne Rezidiv, 7 Jahre 29, 3 Jahre 158, 2 Jahre 187. Verf. meint ebenso wie andere Fachgenossen, daß, wenn ein Rezidiv eintrete, sich dasselbe innerhalb des ersten Jahres nach der Operation bereits manifestiere. Unter den zehn rezidivierten Leistenbrüchen waren sechs Fälle, in welchen eine Verlagerung des Samenstrangs nicht ausgeführt war.

Kinder sollen nach C.'s Ansicht nicht vor Ablauf des vierten Lebensjahres operiert werden, da ihre Brüche durch Tragen eines Bruchbandes noch ausheilen können. Individuen, welche über 50 Jahre sind, operiert C. nur, wenn sie hinreichend gesund und kräftig sind. Kontraindikationen gegen die Operation sieht er im Bestehen von Herz-, Lungen- und Nierenkrankheiten, sowie in dem Vorhandensein sehr großer, verwachsener, nicht reponibler Brüche, zumal wenn Netz und Darm den Inhalt des Bruches bilden. Das Abtragen großer Mengen von Netz hält er nicht für ungefährlich.

Bei seinen 1003 Operationen erlebte er nur zwei Todesfälle, weniger als $1/5$%; ein Kranker erlag einer Ätherpneumonie, einer einem inneren Darmverschluß.

Am Schlusse der lehrreichen Arbeit werden noch einzelne komplizierte Hernien aufgezählt, zunächst jene Fälle, in welchen der Hoden nicht in den Hodensack herabgestiegen ist und im Leistenkanal usw. liegt. C. zieht den Hoden herab, exstirpiert ihn nicht, auch wenn er atrophisch ist. Einige Fälle von abnormem Bruchinhalt — Blase, Blinddarm, Wurmfortsatz — und von tuberkulöser Erkrankung des Bruchsacks schließen die Arbeit. **Herhold** (Altona).

34) Thies. Die in den Jahren 1899—1902 in der chirurgischen Klinik zu Kiel zur Behandlung gekommenen Fälle von Hernia epigastrica.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

Die Dissertation berichtet über 18 dauernd geheilte Fälle von Hernia epigastrica, bei denen in zwei Fällen eine traumatische Veranlassung nachzuweisen war. Helferich näht diese Brüche der Linea alba stets mit Silberdraht; und zwar scheint es, daß er die Naht der Fascie stets in einer der Linea alba parallelen Richtung anlegt. Hierüber ist leider nichts Genaues berichtet.

Schmieden (Bonn).

35) Williams. A case of gunshot wound of the stomach.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Mai 28.)

16jähriger Knabe war beim Revolverschießen von einem 32-Kalibergeschoß rechts und etwas unterhalb des Nabels getroffen worden. Sein Zustand 4 Stunden später wies in keiner Weise auf Magen- oder Darmverletzung hin, nur die Bauchmuskeln waren etwas angespannt, und 2 Zoll über dem Nabel war Druckempfindlichkeit. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entwich Gas. Das Geschoß hatte die Magenwand ganz flach, fast parallel der Wandung durchschlagen, die Durchtrittswunde selbst war klein und rundlich. Nur wenig dicke Flüssigkeit war offenbar während der Operation ausgetreten, der ganze Magen war mit solcher prall gefüllt (Mittagessen ½ Stunde vor der Verletzung), so daß W. die ganze Masse durch einen 4 cm langen Schnitt entleerte. Darauf Austastung des Magens. Es fand sich weder eine zweite Wunde noch das Geschoß, welches auch trotz sorgfältiger Untersuchung der Stühle späterhin nicht gefunden wurde. Lembertnaht, Drainage, glatte, komplikationslose Heilung. **Trapp** (Bückeburg).

36) K. Dahlgren (Upsala). Beitrag zur Behandlung des perforierenden Magen- und Duodenalgeschwürs.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 354. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1903.)

Verf. berichtet über vier Fälle perforierenden Magengeschwürs und einen Fall perforierenden Duodenalgeschwürs, in denen, mit Ausnahme des einen nach erneuter Perforation 12 Tage nach Netzverschluß des Geschwürs, Gastroenterostomie und Drainage der Bauchhöhle Verstorbenen, durch die operative Behandlung Heilung erzielt worden ist. Die Fälle kamen, bis auf einen chronisch verlaufenen und erst im Stadium eines in die vordere Bauchwand versenkten subphrenischen Abszesses operierten, zeitig, innerhalb der ersten 7 Stunden nach dem Geschwürsdurchbruch zur Operation; indes bestand bei ihnen bereits Peritonitis, in drei derselben eitriger Natur. Das Geschwür wurde in zwei der Fälle unter Einbiegung der Ränder durch Nähte verschlossen, in dem tödlich verlaufenen wegen der Unmöglichkeit der Naht mit Netz, welches auch wirklich einheilte, ausgestopft, in Fall 4 und 5 nicht gefunden.

Die ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten bieten manche interessante Einzelheiten. **Kramer** (Glogau).

37) v. Winiwarter (Oberhollabrunn). Ein Fall von Gastrotomie wegen Blutung von traumatischer Ruptur der Magenschleimhaut.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. No. 52.)

Junger Mann von 20 Jahren erhielt beim Fußballspielen einen starken Stoß gegen die Magengegend. Chokerscheinungen gingen bald vorüber, Pat. konnte weiterspielen. 12 Tage danach wird Abgang von teerartigen Stuhlmassen beobachtet. Nun sehr häufig stechende Schmerzen im rechten Rippenbogen, besonders nach üppigen Mahlzeiten und Exzessen in Baccho (Gambrino). Es entwickelten sich schwere Magenblutungen, die mit interner Behandlung nicht zu stillen waren. Wegen drohender Verblutung Operation. Es fanden sich im Magen zwei Einrisse der Schleimhaut bis zur Muskularis, der eine 8, der andere 5 cm lang. Die beiden Risse lagen tief zwischen je zwei Längsfalten verborgen und waren nur sehr schwer zu finden; erst beim künstlichen Ausgleichen der Falten kamen sie zu Gesicht. Sie befanden sich an der vorderen Magenwand in der Mitte zwischen großer und kleiner Kurvatur und waren etwa 2 Querfinger voneinander entfernt. Sie wurden vernäht.

Heilung nach außergewöhnlich langer Rekonvaleszenz. v. W. schiebt dies auf die verabsäumte Anfrischung der Wundränder; es seien die 4 Wochen alten Risse nicht per primam verheilt, sondern nach Abstoßung der Nähte Wundflächen zurückgeblieben.

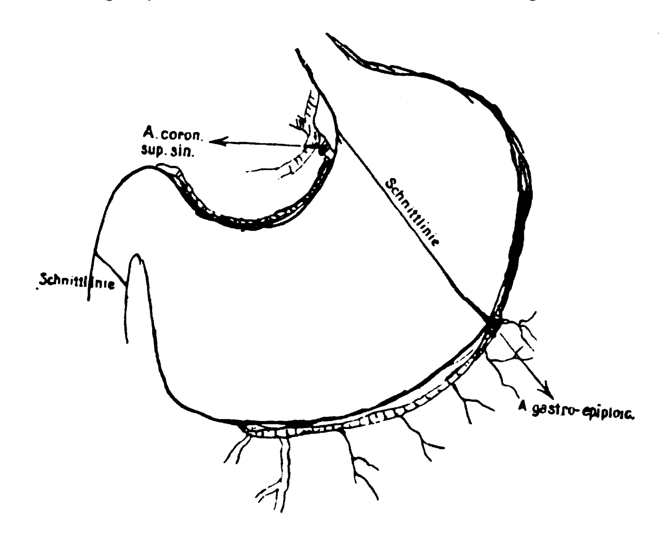
5 Monate nach der Verletzung war der Kranke indes vollkommen hergestellt mit einem vordem nie erreichten Gewicht. **Hübener** (Dresden).

38) **Mayo. A review of three hundred and three operations upon the stomach and first portion of the duodenum.**

(Annals of surgery 1903. Juli.)

Die Krankheiten der ersten Hälfte des Duodenums ähneln vollkommen den Magenkrankheiten; deswegen zählt Verf. die an der ersten Hälfte des Duodenums ausgeführten Operationen zu den Magenoperationen. Die Erkrankungen dieses Teiles des Duodenums werden durch Geschwüre hervorgerufen, oder sie sind eine Folge der Affektionen der Gallenwege (Steine).

Die in Betracht kommenden Magenkrankheiten sind das Geschwür und der Krebs (gutartige und bösartige Krankheiten). Die wichtigste Ursache für das Entstehen der Magengeschwüre ist der Anstieg der Sekretion. Eingeteilt werden dieselben 1) in runde und fissurierte Geschwüre mit dünnem Rande (akute oder chronische), 2) in Schleimhauterosionen, 3) in chronische Geschwüre von unregelmäßiger Form und mit verdickten Rändern. Außerdem kommen noch gutartige Verengerungen am Magen vor, welche rein entzündlichen Ursprungs sind. In allen Fällen von Geschwüren jeglicher Art war nach M.'s Erfahrungen der Sitz derselben fast immer in den oberen 2 Zoll des Duodenums, im Pylorus und in dem Teil des Magens, welcher rechts von einer von der Speiseröhre nach abwärts



gezogenen Linie liegt. Wegen Krebs des Magens wurde von M. in 109 Fällen operiert mit 15,6% Todesfällen. Nach ihm ist hierbei nur auf einen Erfolg zu rechnen, wenn früh operiert wird, und soll deswegen beim geringsten Verdacht auf Magenkrebs die Probelaparotomie ausgeführt werden. Damit alle Lymphdrüsen und alle affizierten Blutgefäße bei der Magenresektion wegen Krebs mit entfernt werden, soll die ganze kleine Kurvatur exstirpiert und von der großen nur der Fundus zurückgelassen werden. Der Schnitt verläuft in einer Linie, welche gezogen wird zwischen der Art. coronar. super. sin. und der Art. gastroepiploica. Nach Vernähen des zurückgelassenen Magen- und Duodenumteils wird eine Gastrojejunostomie und eine Enteroanastomose zwischen der angehefteten Jejunumschlinge ausgeführt.

Wegen Krebs wurden derartige Magenresektionen 27mal ausgeführt, 22 genasen, 6 starben, und 34mal die Gastroenterostomie mit 10 Todesfällen = 30%, während die in gutartigen Fällen ausgeführte Gastroenterostomie nur 8% Todesfälle ergab. Über die verschiedenen von M. wegen Magenerkrankungen ausgeführten Operationen (303) ist am Schluß der Arbeit eine spezialisierte Tabelle aufgestellt. In 19 Fällen von Pyloroplastik mußte 6mal nachträglich die Gastro-

enterostomie gemacht werden. In den Fällen von Gastroenterostomie mußte einigemal nachträglich wegen eingetretenem Circulus vitiosus die Enteroanastomose der an den Magen angehefteten Schlinge gemacht werden. In einigen Fällen wurde, um diesen Circulus vitiosus zu vermeiden, der Pylorus teils durchschnitten, teils unterbunden, teils in geknickter Stellung unter der Leber angenäht.

Herhold (Altona).

39) Róbin. Ein Fall von toxischer Gastritis und Pylorusstenose.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 22.)

Ein 16jähriger Knabe hatte vor ca. 5 Wochen ein nicht ganz volles Becherglas 47%ige Salpetersäure getrunken. Es kam zu dem Bild ausgesprochener toxischer Gastritis und Magendilatation infolge von narbiger Pylorusstenose, welche nach der Untersuchung des Mageninhalts fast sämtliche dem Magenkarzinom eigentümliche Merkmale bot, durch Zerstörung eines großen Teiles der Magenschleimhaut Fehlen der freien Salzsäure, dagegen keine totale Drüsenatrophie, da Pepsin nachweisbar war. Die gestörte sekretorische Magenfunktion hat aber nicht verhindert, daß nach der Gastroenterostomie mit Ausgleich der motorischen Störungen volle Wiederherstellung der Verdauung, des Körpergewichts, des Wohlbefindens eintrat.

Herm. Frank (Berlin).

40) Schloffer. Fünf Laparotomien an einer Patientin innerhalb von $2^1/_2$ Jahren.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 16.)

Es handelte sich bei der 33jährigen Pat. um ein Magengeschwür am Pylorus. Nach der Gastroenterostomie kam es zur Entwicklung eines Ulcus pepticum jejuni, später zu einem stenosierenden Ulcus pepticum an der Stelle der Gastroenterostomie. Auch eine neue Gastroenterostomieöffnung war bald wieder in gleicher Weise verengt und veranlaßte eine dritte Gastroenterostomie. Es handelte sich jedesmal um Geschwüre mit Ausbildung beträchtlicher entzündlicher Geschwülste.

Falls sich nun abermals ein operativer Eingriff nötig zeigte, käme an Stelle der Gastroenterostomie auch die Jejunostomie in Frage.

Hübener (Dresden).

41) Trendel. Über die mit der Gastroenterostomia posterior in der Tübinger Klinik gemachten Erfahrungen.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 1.)

Nach kurzer Darlegung des an verschiedenen Kliniken und Krankenhäusern herrschenden Standpunktes bezüglich der brauchbarsten Methode zur Vereinigung von Magen und Dünndarm berichtet Verf. über die Erfolge an der Tübinger Klinik bei Anwendung der hinteren Gastroenterostomie mit kurzer zuführender Schlinge nach v. Hacker mittels Murphyknopfes. Dieselbe wurde 28mal ausgeführt, 17mal wegen karzinomatöser, 11mal wegen gutartiger Stenose des Pylorus. In den nächsten 4 Wochen nach der Operation starben 6 der Operierten, und zwar 2 bei gutartiger, 4 bei karzinomatöser Stenose. Bei den übrigen Kranken war der unmittelbare Erfolg ein durchaus zufriedenstellender, es traten niemals Erscheinungen von Mageníleus ein. Bei den 6 Todesfällen war 2mal das Ausbleiben einer festen Vereinigung durch den Murphyknopf als Ursache anzusehen. Beide Male handelte es sich um hochgradig heruntergekommene Individuen. In den 4 anderen Fällen konnte der Operationsmethode als solche keine Schuld an dem schlechten Erfolge beigemessen werden. Verf. faßt seine Ausführungen dahin zusammen, daß die hintere Gastroenterostomie mit zuführender kurzer Schlinge und gut konstruiertem Murphyknopf die beste Gewähr für eine sicher funktionierende Magen-Darmanastomose bietet.

Blauel (Tübingen).

42) A. Langer. Über Kompression des Duodenum durch das Dünndarmmesenterium, nebst Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Carcinoma ventriculi.

(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie.)

(Festschrift für Rudolf Chrobak.)

Kasuistische Mitteilung eines Falles von gastroduodenalem Ileus infolge mesenterialer Kompression des Duodenum in der Gegend der Flexura duodenojejunalis. Auf Grund dieses allerdings sehr beweisenden Falles vertritt Verf. im Gegensatz zur Lähmungstheorie dieser Ileusform von Kehr, Riedel, Stieda, die seinerzeit auch vom Ref. geteilte Ansicht Kundrat's, Schnitzler's, Albrecht's, nach der unter gewissen Verhältnissen das Mesenterium des ins kleine Becken gesunkenen Dünndarms mechanisch das Duodenum verengen bezw. verschließen kann. **Müller** (Dresden).

43) G. Lotheissen. Die Behandlung der multiplen tuberkulösen Dünndarmstenosen.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 4.)

Wegen vielfacher Stenosen des Darmes ist — abgesehen von Neubildungen — 37mal, soweit der Autor sehen kann, operiert worden; nur 4mal lag nicht Tuberkulose dabei vor. 32mal wurde dabei die Striktur selbst behandelt mit 7 Todesfällen; 17mal wurde sie reseziert mit 3 Todesfällen, 1mal mit gutem Erfolge die völlige Darmausschaltung vorgenommen, 14mal mit 4 Todesfällen die Enteroanastomose gemacht. Bei den besonders ungünstigen Operationsverhältnissen solcher Kranker ist diese Statistik nicht so abschreckend, als sie den Zahlen nach erscheint.

Das Leiden ist nicht so selten und die Diagnose selbst der mehrfachen Stenosen ist möglich. Der Autor hat selbst zwei Pat., bei welchen Schlesinger auf Grund mehrfacher, an verschiedenen Stellen gleichzeitig auftretender Darmsteifung die Diagnose richtig gestellt hatte, mit Enteroanastomose operiert, in einem Falle mit gutem Erfolge bei teilweiser Ausschaltung von 214 cm. Das Idealverfahren ist natürlich Resektion, welche, da die Stenosen meist Dünndarm betreffen, auch größere Stücke Darm zu opfern erlaubt. Indessen hat auch die Enteroanastomose bezüglich der Einwirkung auf die Tuberkulose günstige Folgen gezeigt. **Herm. Frank** (Berlin).

44) L. Kirchmayr. Ein Beitrag zur Ätiologie des Dünndarmvolvulus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 43.)

Der Fall betrifft eine 25jährige Pat., welche plötzlich nach körperlicher Anstrengung mit heftigen Kolikschmerzen im Leibe erkrankte. Operation 19 Tage später (Büdinger). Der ganze Dünndarm lag nach rechts um 180° gedreht. Die letzte Ileumschlinge war spitzwinklig geknickt über die gespannte, am oberen Anteil des freien Randes der Gekröswurzel fixierte Tube. Von diesem Punkte aus verliefen noch außerdem entsprechend den oberen Schenkeln eines Y zwei Stränge, die sich am Netz ansetzten und gleichfalls Darm einschnürten. Der Volvulus ist durch Zug der Tube an der Radix mesenterii wie folgt zu erklären. 3 Wochen vor der Erkrankung Abort. Hierbei Fixation des Fimbrienendes der Tube am linken freien Rande der Radix mesenterii, während der Uterus noch hoch stand. Gleichzeitig wurde dort das große Netz fixiert (die beiden anderen Stränge). Bei der Involution begann allmählich der Zug in der Richtung gegen die rechte Seite des kleinen Beckens. Als dieser durch straffe Spannung der Tube stärker wurde, folgte mit dem nach unten und rechts verzogenen Mesenterium auch der Darm, und der Volvulus war eingeleitet. Komplett wurde derselbe dann wahrscheinlich laut Anamnese durch die heftige Aktion der Bauchmuskeln bei der schweren Arbeit.

Es trat völlige Heilung ein. **Hübener** (Dresden).



45) Hollmann. Ein Fall von chronischer Darminvagination mit günstigem Ausgang in Heilung nach Spontanabstoßung des nekrotischen Intussusceptum.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1903. Nr. 15.)

Ein 49jähriger Bauer erkrankte unter den Erscheinungen der Darmverstopfung, die mehr oder minder heftig 4 Monate lang währte unter Abgang von Schleim und Blut. 4 Monate nach Beginn der Krankheit wurde durch den After ein großes gangränöses Gewebsstück entleert, worauf völlige Heilung eintrat. Das entleerte Stück erwies sich als unterster Teil des Ileum, Coecum und Teil des Colon ascendens; es hatte sich um eine Invaginatio ileo-coecalis gehandelt.

Haeckel (Stettin).

46) H. Schridde. Eine nach Ausstoßung des Intussusceptum spontan geheilte Invagination des Ileum, zugleich ein Beitrag zur Frage der Entstehung und Entwicklung der Intussusception. (Aus dem path.-anatom. Institut der Universität Erlangen.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 30.)

Bei der 60jährigen Pat. ging 17 Tage nach Auftreten von Ileuserscheinungen nach kurz vorher erfolgten Durchfällen ein 32 cm langes Darmstück ab, worauf sich die Kranke, schon ab 9. Tage wieder festere Nahrung ohne Beschwerden genießend, langsam erholte. Nach ca. 4 Monaten starb sie infolge einer akuten Lungenentzündung. Die Sektion ergab eine die Darmwand quer umlaufende schmale Narbe des Ileum, ca. 36 cm von der Bauhinschen Klappe entfernt, ohne irgendwelche Verwachsungen der Darmschlingen untereinander oder mit der Parietalserosa und ohne ausgeprägte Stenosenerscheinungen. Das Darmrohr war oberhalb und unterhalb der Narbe gedreht, so daß die sonst dem Mesenterialansatz gegenüberliegende Partie des Darmes ihrer natürlichen Lage gerade entgegengesetzt war; dementsprechend war auch das schlaffe, dünne Mesenterium verschoben.

Die Ansicht, welche Verf. an der Hand dieses Falles und aus angestellten Versuchen über die Entstehung und Entwicklung der im Leben erfolgenden, reinen Dünndarminvaginationen gewonnen hat, lautet: Die Ursache der plötzlich auftretenden Ileuminvaginationen ist nicht klar. Vielleicht gibt in manchen Fällen ein durch Reiz wirkender Fremdkörper den Anlaß zur Einstülpung. Als disponierendes Moment kommt in hervorragender Weise ein schlaffes, fettarmes Mesenterium in Betracht. Die Paralyse einer begrenzten Darmstrecke ist als begünstigender oder die Intussusception bedingender Faktor auszuschließen. Dagegen genügt zur Erklärung der Entstehung der Darmeinstülpung das Auftreten einer abnormen, ungleichmäßigen Kontraktion des Darmrohres und eine oberhalb sich einstellende, mehr oder weniger intensiv gesteigerte Peristaltik. Die Weiterentwicklung der Invagination erfolgt nicht durch eine a tergo wirkende Kraft, sondern wird bedingt durch die vom Kopfteil des Invaginatums am Intussuscipiens ausgelöste Peristaltik, welche das eingeschobene Darmstück analwärts treibt.

Kramer (Glogau).

47) Gauchery. Occlusions intestinales pendant la puerpéralité.

(Revue française de méd. et de chir. 1903. Nr. 35.)

Verf. hat 57 Fälle von Darmverschluß im Verlauf einer Uterinschwangerschaft, und 9 im Verlauf einer Extra-uterin-Gravidität zusammengestellt. Der Darmverschluß kann allein durch die Schwangerschaft hervorgerufen oder wenigstens durch sie befördert werden, er kann aber auch unabhängig von ihr zur Zeit einer Gravidität auftreten. Die Ursachen sind, der Häufigkeit nach geordnet, innere Abschnürungen, ausgedehnte Kompressionen und Lageveränderung des Darmes (Volvulus, Torsion usw.). Verwechslungen kamen vor mit Koprostase, Peritonitis, Appendicitis, Brucheinklemmung, Darmperforation, Extra-uterin-Gravidität, Uterus-

ruptur. Nur der Pseudoileus infolge Darmparalyse, der während der Schwangerschaft nicht selten auftritt, ist einer medizinischen Behandlung zugänglich. Die operative Behandlung ergab eine Sterblichkeit von 53% von seiten der Mutter, von 38% von seiten des Kindes; bei den nicht operierten Fällen waren die entsprechenden Zahlen 76% resp. 66%. **Mohr** (Bielefeld).

48) **Summers.** Varix of the inferior mesenteric vein complicated by chronic ulcerative colitis.

(Vortrag auf der 54. Jahresversammlung der Amer. med. assoc.)
(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Juli 18.)

34jähriger Mann, der bis zum 27. Jahre an Mastdarmvorfall gelitten hatte, bot schon seit Monaten die Erscheinungen von schwerem Dickdarmkatarrh. Bei der Untersuchung fanden sich zahlreiche Geschwüre bis hoch ins S romanum hinauf. Da medikamentöse Ausspülungen usw. nutzlos waren, sollte Kolostomie gemacht werden; dabei fand sich die Vena mesenterica inf. mit ihren Seitenästen stark geschwollen, ihre Wandungen verdickt. Kolostomie wurde erst nach zwei Monaten ausgeführt, dabei eine hochgradige Magenerweiterung entdeckt und durch Faltung des Magens bedeutend gebessert. Es trat Besserung des Allgemeinbefindens ein, aber keine wesentliche Abnahme des Dickdarmkatarrhs; deshalb zwei Monate später Anlegung einer Fistel am Blinddarm und Ausspülungen von dort aus, mit dem Ergebnis, daß Katarrh und Geschwüre verschwanden. Nach Schluß der Fistel Rezidiv. Die Varikositäten der Vena meseraica inferior erklärt Verf. aus dem immer wiederkehrenden Mastdarmvorfall, die Geschwüre vergleicht er mit den Beingeschwüren bei Krampfadern. Durch die Geschwüre entstand die Wandverdickung der Venen.

Einen anderen Fall von ulzerativer Kolitis hat er durch die Fistelbehandlung völlig ausgeheilt. Er wendet sich gegen die Benutzung des Proc. vermiformis zur Anlegung der Spülfistel, weil er zu eng sei.

Diskussion: Smythe (Memphis) hat ebenfalls die Spülfistel wiederholt mit bestem Erfolg angelegt. **Trapp** (Bückeburg).

49) **L. Talke.** Über Embolie und Thrombose der Mesenterialgefäße. Vorkommen und diagnostische Bedeutung der Purpura haemorrhagica bei Embolie der Art. meseraica.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 3.)

Den Hauptteil der Arbeit bildet die eingehende Besprechung eines in der Königsberger chirurgischen Klinik zur Beobachtung gekommenen Falles von Embolie des Hauptastes der Art. mesenterica superior. Derselbe bot klinisch das Auffallende einer außerordentlich langen Dauer, ferner einer Kombination mit Purpura. Bei der Sektion fanden sich neben den großen Ästen der Art. mesenterica sup. auch noch eine große Anzahl kleinerer Äste — entweder noch im Mesenterium selbst oder schon in der Darmwand gelegen — embolisiert. Pathologisch-anatomisch handelt es sich also um unter sich verschiedene embolische Prozesse in demselben Organ, dem Intestinaltraktus, und klinisch findet sich für diesen Befund die Erklärung, daß mehrfache frühere Kolikanfälle der Ausdruck der kleineren Embolien waren, während die Embolie der größeren Äste durch einen äußerst heftigen, von einem Kollaps gefolgten Schmerzanfall am Tage vor dem Tode gekennzeichnet war. Die Purpura glaubt Verf. in unmittelbaren Zusammenhang mit dem Verschluß der Darmarterien bringen zu können, indem er auch sie durch Embolien in die Haut entstanden annimmt; zugleich sieht er in diesen Hautembolien geradezu ein differentialdiagnostisch sehr wertvolles Symptom für die Unterscheidung zwischen arterieller Embolie und venöser Thrombose der Mesenterialgefäße, welche wegen der häufig völlig übereinstimmenden klinischen Symptome oft nicht voneinander zu trennen sind.

Es gelang dem Verf., noch weitere 17 Fälle aus der Literatur zusammenzustellen, in welchen neben dem embolischen Verschluß der Darmarterien in

anderen Körpergebieten Embolisierungen erfolgten, welche auch klinisch in Erscheinung traten.

Des weiteren berichtet der Verf. noch über zwei Fälle von Thrombose der Gekrösvenen. In dem ersten mußte $1^1/_2$ m Darm reseziert werden, in dem zweiten Falle mußte von der Resektion ganz Abstand genommen werden. Beide Kranke starben.

In einem Anhang werden dann noch die älteren, in den größeren Kasuistiken nicht aufgeführten 27 Fälle von Embolien der Mesenterialarterie und Thrombosen der Mesenterialvene aufgeführt. **Blauel** (Tübingen).

50) Hesse. Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der operativen Darmausschaltung.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

Helferich läßt über drei Fälle berichten, bei denen er mit günstigem funktionellen Ergebnis einen Teil des Dickdarms durch eine Enteroanastomose ausgeschaltet hat. Interessant ist bei seiner Technik, daß er den Eingang und Ausgang des ausgeschalteten Stückes durch Nähte stark verengert und so den Kotweg durch dies Stück möglichst ausschaltet. Zweimal handelte es sich um Tuberkulose, einmal um eine inoperable Geschwulst. **Schmieden** (Bonn).

51) H. v. Bonsdorff. Zur Frage von der abdomino-perinealen Operationsmethode zur Entfernung hochsitzender Mastdarmkarzinome.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLIV. p. 1. [Schwedisch.])

Eine 59jährige Frau wurde vor 8 Jahren wegen Krebs mit Resektion des Mastdarms operiert. Rezidiv in der Narbe im folgenden Jahre, nochmalige Operation; danach jahrelange Rezidivfreiheit. Bei der Aufnahme war ein zweites Rezidiv mit der Hinterfläche der Gebärmutter verwachsen; der obere Geschwulstrand konnte nicht erreicht werden. Versuche, den Mastdarm zu exstirpieren, scheiterten an den Verwachsungen. Abdomino-perineale Operation nach Quenu mit Erfolg.

In der Epikrise diskutiert Verf. die Vor- und Nachteile der betreffenden Operationsmethode und will die Indikationen derselben erweitert wissen. Die Methode hat, wie bekannt, einen inguinalen Kunstafter im Gefolge. Die Übelstände eines solchen sind nicht größer, eher kleiner, als die eines sakralen oder perinealen Afters. Da außerdem der abdomino-perineale Weg bedeutend weniger Gefahren für den Pat. mit sich bringt als eine Amputatio recti, glaubt Verf., daß die abdomino-perineale Operation in folgenden Fällen vorzuziehen sei:

1) Wenn die Erhaltung des Sphinkters bei Rezidivoperationen sich unmöglich erweist oder der Mastdarm mit den umgebenden Teilen verwachsen ist; 2) bei Rezidivoperationen, wenn die Erhaltung des Sphinkters schon bei der ersten Operation unmöglich war; 3) wenn die Ausdehnung der Geschwulst eine Laparotomie erheischt und es sich bei dieser zeigt, daß die Operation durchführbar ist, selbst wenn die Erhaltung des Sphinkters sich als möglich zeigen würde.

Wenn der Allgemeinzustand des Pat. nur eine Anlegung eines Anus praeternaturalis als Primäroperation gestattet, die Kräfte sich aber nachher erholen, könnte vielleicht eine abdomino-perineale Operation sekundär in Frage kommen. **Hansson** (Cimbrishamn).

Berichtigung. In Nr. 37 d. Bl. p. 1010 Z. 16 v. u. lies Karschulin statt Karszbulin

---

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 41. Sonnabend, den 10. Oktober. 1903.

(Aus der chirurg. Abteilung des Josefshospitals zu Köln-Kalk.)

Zur Radikaloperation der Leistenhernien mit besonderer Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse.

Von

Oberarzt Dr. **C. Hofmann.**

Da wir heute frühzeitiger und häufiger, als es noch vor 10 Jahren der Fall war, in die Lage versetzt werden, Hernien radikal operieren zu können, weil durch die größere Leistungsfähigkeit der Chirurgie auf diesem Gebiete auch das Vertrauen zu ihr erheblich gestiegen ist, so bekommen wir nicht nur Fälle von exzessiver Bruchbildung, sondern auch vielfach solche, bei denen der Bruch eben in die Erscheinung tritt oder gar über das Stadium der sogenannten Bruchanlage noch nicht hinausgekommen ist, zur Operation. Unter diesen

Umständen gewinnen wir einen besseren Einblick in die ursprünglichen anatomischen Verhältnisse, da wir neben dem durch einen großen Bruch anatomisch sehr veränderten, verkürzten und auch am äußeren Leistenring — wenn wir uns an die Leistenbrüche halten wollen — stark erweiterten Leistenkanal auch viele Fälle zur operativen Autopsie bekommen, in denen die Form und Größe des Leistenkanals noch im wesentlichen der Norm entspricht. Und doch finden sich auch hier schon charakteristische Veränderungen, die auf unsere Anschauung über die Entstehung usw. der Brüche Einfluß haben müssen. Selbstredend wird auch unser operatives Vorgehen, das ja doch die normalen anatomischen Verhältnisse nach Möglichkeit herzustellen bestrebt sein muß, dadurch Änderungen erfahren müssen.

Unter den 45 Fällen von Leistenbrüchen, die ich im letzten Jahre radikal operiert und bei denen ich auf die anatomischen Verhältnisse besonders geachtet habe, ist mir auch bei den kleinsten Brüchen und normal langem Leistenkanal die außerordentliche Erweiterung des inneren Leistenrings aufgefallen, eine Erweiterung, die mir eigentlich immer mehr das Produkt einer kongenitalen Anlage als einer erworbenen Ausweitung der normalen Fovea inguinalis interna zu sein schien. Eine gute Übersicht ist natürlich nur möglich, wenn man, wie dies Bassini schon gefordert hat, die vordere Wand des Leistenkanals in ganzer Ausdehnung spaltet und den Bruchsack bis zur Bauchhöhle auslöst und nun eröffnet; dann finden wir einen nach der Bauchhöhle zu trichterförmig sich erweiternden Bruchsack, dessen Durchmesser bei der Entfaltung am inneren Leistenring größer als der eines Markstücks sein kann und dessen Fundus selbst beim Pressen eben aus dem äußeren, nicht erweiterten Leistenring zum Vorschein kam. So sind die Verhältnisse nicht ausnahmsweise, sondern gewöhnlich. Wir sehen also einen vollständigen, aber noch innerhalb des Leistenkanals gelegenen Bruch bei enorm weitem inneren und kaum verändertem äußeren Leistenring. Der Befund legt natürlich den Gedanken nahe, daß die Weite des äußeren Leistenrings ganz belanglos für die Entstehung eines Bruches ist. Die Entstehung hängt vielmehr lediglich vom Zustande des inneren Leistenrings bezw. dem mehr oder weniger unvollkommenen Abschluß des Processus vaginal. periton. ab. In diesen Zuständen haben wir also die sogenannte Bruchanlage zu suchen und nicht in dem zufällig weiter oder enger geratenen fasciösen äußeren Leistenring. Wir müssen daher praktisch den bisherigen Begriff der Bruchanlage, der auf der äußeren Untersuchung basiert, vollständig fallen lassen, da ja diejenigen Veränderungen, welche als solche gedeutet werden könnten, nur durch eine operative Freilegung des ganzen Leistenkanals festgestellt werden können.

Viel zu wenig beachtet ist die stets zu beobachtende und auch den Anatomen, wie ich mich überzeugt habe, bekannte Tatsache, daß der Samenstrang sich in der Gegend des inneren Leistenrings auseinanderzieht und an Volumen viel einbüßt, oder, richtiger gesagt,

daß er nicht als fertiges Ganze im hintersten Teil des Leistenkanals besteht, sondern sich hier erst aus seinen Komponenten bildet. Die Art. spermat. ext. tritt von der Art. epigast. inf. her in den Leistenkanal ein; das Vas deferens nimmt getrennt von ihr seinen bekannten Verlauf retroperitoneal zur Blase, und der Plexus pampiniformis, welcher die Hauptmasse des Samenstrangs ausmacht, sammelt sich in der Gegend des inneren Leistenrings in 1—2 Venenstämmchen, die nicht annähernd das Volumen des Plexus pampiniformis haben. Der so auseinandergezogene und am inneren Leistenring kaum noch den Namen eines Stranges verdienende Funiculus spermaticus läßt bei seiner Verlagerung vor die innere Bruchpforte, wie es die Bassini'sche Operationsmethode vorschreibt, Raum zu einer trichterförmigen Ausstülpung des Peritoneums und gibt damit genügend Gelegenheit für das Rezidiv. Wir beobachten daher auch die nach der Bassini'schen Operation eintretenden Rezidive vor und entlang dem Samenstrang.

Die innigen Beziehungen des Kremaster zum Samenstrang machen es verständlich, daß der Leistenkanal in Wirklichkeit kein Kanal, sondern vollständig von den ihn durchziehenden Gebilden ausgefüllt ist und mit ihnen eins zu sein scheint. Naturgemäß muß sich der von der Bauchhöhle her vorstülpende Bruchsack dann künftig seinen Weg durch den Samenstrang hindurchbohren. Oft findet man ja auch noch den Bruchsack von den Gebilden des Funiculus rings umgeben. Will man den Bruchsack im Leistenkanal freilegen, dann muß man erst den Kremaster und die den Samenstrang umhüllende Tunica vaginalis communis der Länge nach durchtrennen. Hat man dies getan, dann läßt sich auch immer der Bruchsack, und zwar verhältnismäßig leicht, herauspräparieren. Dabei ist die stumpfe Auslösung mit den Fingern zu vermeiden, vielmehr nur ein Herauspräparieren mit Pinzette und Schere, teils schneidend, teils stumpf, von Vorteil. Hält man die einzelnen Teile durch entsprechendes Hochheben und Anziehen gegen das Licht, dann sieht man recht deutlich die Grenzen, und die Auslösung auch des ganzen Bruchsacks macht keine unüberwindlichen Schwierigkeiten. Aber nur mit Instrumenten muß man arbeiten, ein Vorgehen, das auch noch aus Gründen einer sicheren Asepsis empfehlenswert ist; ich führe heute, um dies nebenbei zu bemerken, eine Hernienradikaloperation völlig zu Ende, ohne daß auch nur eine Fingerspitze in direkte Berührung mit der Wunde kommt. Für eine Operation, deren Enderfolg im wesentlichen von einer ungestörten Heilung abhängt, gewiß ein nicht zu unterschätzender Vorzug!

Die hier skizzierten anatomischen Verhältnisse schreiben eine bestimmte Methode und einen logischen Gang der Radikaloperation vor. Sie gestaltet sich folgendermaßen: Hautschnitt entsprechend dem Verlauf des Leistenkanals; Spalten der Fascie des Obliquus externus und des Kremaster mit der Tunica vagin. commun. zur Freilegung des ganzen Bruchsacks und des inneren Leistenrings;

Auslösung des Bruchsacks beginnend im Leistenkanal. Dabei ist es keineswegs nötig, noch wünschenswert, den Funiculus spermaticus aus seinem Bett herauszuheben, vielmehr ist es zweckmäßig, ihn in situ zu lassen.

Ist der Bruchsack nicht nur bis an den Bruchsackhals, sondern wirklich bis zum Übergang in das parietale Peritoneum, wobei die oben erwähnte trichterförmige Erweiterung nach der Bauchhöhle zu gut zutage tritt, ausgelöst, dann erfolgt seine Eröffnung, Reposition des Inhalts nach Lage der Verhältnisse und Abschluß der Bauchhöhle mittels einer auf der Innenseite des Bruchsacks in der Gegend des inneren Leistenrings angelegten Catgut-Tabaksbeutelnaht. Das exakte Anlegen dieser Naht, durch welche die unter normalen Verhältnissen bestehende Fovea inguinalis an der Innenseite der Bauchwand wieder hergestellt wird, erleichtert man sich dadurch, daß man den Bruchsack mehrfach bis zum inneren Leistenring längs spaltet, die einzelnen Teile mit Klemmen faßt und nach außen zieht. Dadurch entfaltet man den nach innen sich erweiternden Trichter aufs beste und übersichtlichste, und der Peritonealabschluß wird ein vollständiger. Nun werden die Längssegmente des Bruchsacks zusammengefaßt und von außen durch einen möglichst dünnen Faden in der Höhe der Tabaksbeutelnaht umschnürt. Schneidet man jetzt über dem Umschnürungsfaden den Bruchsack ab, dann zieht sich der Stumpf, der bisher immer noch angezogen war, in das Niveau des parietalen Peritoneums zurück. Der Bruch als solcher ist beseitigt und man würde, wenn man sich von innen her die Bauchwand betrachtete, etwa normale Verhältnisse, die wir ja nach Möglichkeit herstellen wollen, finden. Die Bestrebungen, welche der MacEwen'schen Methode besonders eigentümlich sind und welche den aufgerollten Bruchsack als »Kissen« in den inneren Leistenring oder gar in die Bauchhöhle vorschieben, sind schon deswegen nicht zu billigen, weil sie nicht auf die Herstellung normaler Verhältnisse abzielen und das nach innen vorgeschobene »Kissen« den besten Angriffspunkt für den intraabdominellen Druck bildet.

Nach der geschilderten Versorgung des Bruchsacks legen sich die Wände des Leistenkanals meist schon von selbst aneinander. Um aber den weiten inneren Leistenring zu schließen und der Peritonealnaht des Bruchsacks eine Stütze zur Verhütung des Rezidivs zu geben, legt man bei in situ gelassenem Samenstrang am inneren Leistenring eine Naht, welche die Fasern des Obliquus internus faßt, ohne die Art. epig. inf. zu verletzen, dann durch die Fascia transversa in der hinteren Wand des Leistenkanals zwischen den auseinandergetretenen Gebilden des Samenstrangs hindurchgeht und schließlich unter Vermeidung der Art. iliaca ext. an dem evertierten Leistenband Anheftung findet. Knüpft man diese Naht zusammen, dann erreicht man einen vollständigen Schluß des Leistenkanals, ohne daß die hier auseinandergezogenen Gebilde des Samenstrangs gequetscht oder abgeschnürt werden. Ich verwende mittleren Silber-

draht, doch steht nichts im Wege, auch anderes Nahtmaterial zu nehmen. Jedenfalls wird schon durch diese eine Naht ein vollständiges Bollwerk geschaffen, ohne daß, wie bei der Bassini'schen Verlagerung des Samenstrangs, ein trichterartiger Zwischenraum gelassen wird. Durch einige weitere Nähte kann man den Leistenkanal über dem Samenstrang schließen, doch hat hier die Kanalnaht keineswegs solche Bedeutung wie bei anderen Methoden. Das Vernähen der gespaltenen Fascie des Obliquus externus bildet den Abschluß der eigentlichen Operation.

Die Methode legt also das Hauptgewicht auf einen wirklichen Schluß des Bruchsacks im Bereich des parietalen Peritoneums und die Herstellung einer Stütze für denselben am inneren Leistenring durch eine oder mehrere Drahtsuturen unter Wahrung und Berücksichtigung der normalen anatomischen Verhältnisse ohne Verlagerung des Samenstrangs. Besondere technische Schwierigkeiten bietet die Methode dem geübten Operateur nicht, sie erfordert nur einige Sorgfalt beim Anlegen der Tabaksbeutelnaht und der Stütznaht. Seit den ersten Operationen ist bereits ein Jahr verstrichen; die Nachuntersuchung dieser Fälle hat kein Rezidiv gezeigt. Ich halte dasselbe auch für ausgeschlossen, ohne natürlich damit bei der kurzen Zwischenzeit und der noch verhältnismäßig geringen Zahl der Fälle ein abschließendes Urteil geben zu wollen.

---

1) **M. Fürst.** Zur Kenntnis des Diosmal Runge (Extractum foliorum Bucco) und seine Anwendung in der Behandlung der Harnkrankheiten.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXV. Nr. 7.)

Verf. hat durch Dr. Runge ein Extrakt aus dem bei der Cystitisbehandlung und als Diuretikum verwendeten Buccotee machen lassen und gibt dieses »Diosmal« genannte Präparat in Pillen (dreimal täglich 2—5 zu 0,15) oder in Kapseln (2—4mal täglich 0,3 oder 0,5). Er ist mit dem Erfolg bei Cystitiden und als Unterstützungsmittel der örtlichen Behandlung akuter Gonorrhöen sehr zufrieden.

Jadassohn (Bern).

---

2) **E. Heuss.** Über Helmitol, ein neues Harndesinfiziens.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXVI. Nr. 3.)

Verf. empfiehlt das Helmitol, eine »Hexamethylentetraminverbindung der Anhydromethylenzitronensäure«, als ein dem Urotropin überlegenes Harndesinfiziens, das er in ungefähr 20 Fällen von Cystitis verschiedenen Ursprungs mit meist sehr gutem Erfolg gegeben hat. Man kann es in Dosen von 2—8 g täglich verabreichen, es ist unschädlich, bewirkt höchstens in größeren Dosen leichte Diarrhöe, schmeckt angenehm, klärt den Urin meist schnell und kann auch

in 1—2%iger wäßriger Lösung (100—200 g) in die Blase eingespritzt werden ohne zu reizen. **Jadassohn** (Bern).

---

3) **F. Cathelin.** Détails de technique dans l'application du diviseur gradué. Interprétation des résultats.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1903. Nr. 12.)

Verf. gibt weiterhin eingehende technische Vorschriften über die Anwendung des nach verschiedenen Richtungen hin verbesserten »Urinseparators«. An einer Reihe von instruktiven Beispielen erläutert er die großen Vorteile des Verfahrens, das mit Sicherheit eine Trennung des beiderseitigen Nierensekrets ermöglicht.

Paul Wagner (Leipzig).

---

4) **Nicolich** (Triest). Die totale perineale Prostatektomie zur Behandlung der Prostatahypertrophie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 22.)

Warme Empfehlung der nach N. von Proust und Gosset neuerdings empfohlenen Ausschälung der Prostata auf perinealem Wege, einer Operation, mit welcher Albarran bis Oktober 1902 42 Prostatiker mit nur einem Todesfall nach 5 Wochen operiert hat.

(Die Methode ist keine andere, wie die vor 10 Jahren von O. Zuckerkandl angegebene, wie letzterer sich in der Sitzung vom 8. Mai 1903 der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien (s. Wiener klin. Wochenschrift 1903 Nr. 20) ausgesprochen hat. Ref.)

Hübener (Dresden).

---

5) **Senn.** The proper perineal prostatectomy incision.

(Journ. of the amer. med assoc. 1903. August 15.)

Die Hauptsache bei der Prostatektomie ist das Arbeiten im Hellen, daher ausgiebige Freilegung der sehr tief sitzenden Drüse. S. macht einen λ-Schnitt, dessen seitliche Ausläufer neben dem After bis halb zum Sitzbeinhöcker reichen. Sofortige sorgfältigste Blutstillung, Freilegung der Pars membranacea urethrae, welche auf einer in die Blase eingeführten Rinnensonde eröffnet wird. Eingehen in die Blase mit linkem Zeigefinger durch die erweiterte Pars membranacea zum Herabziehen der Prostata. Die Kapsel wird quer eingeschnitten, die Drüse, und zwar zuerst der linke Lappen, mit rechtem Zeigefinger, nachher der rechte Lappen mit linkem ausgelöst; während seiner Auslösung liegt der rechte Zeigefinger in der Blase. Coopersche Scheren unterstützen die Finger, auch kann die Drüse mit Kugelzange nach unten gezogen werden. Die Auslösung darf nie gewaltsam geschehen, ist sie zu schwierig, so muß man die Drüse zerstückeln. Es ist nicht unbedingt erforderlich, alles zu entfernen, kleine Reste können zurückbleiben. Die Blase wird durch einen Katheter, der zu einem der seitlichen Schnittschenkel herausgeleitet

wird und mit Hebervorrichtung verbunden ist, drainiert; neben ihm liegt in der Wunde für 5—6 Tage ein Jodoformmullstreifen. Darüber wird genäht, ebenso alle übrigen Schnitte. — Prostatektomie ist unausführbar bei Leuten mit Arteriosklerose oder inneren Erkrankungen. Sie soll nur ausgeführt werden, wenn die palliativen Mittel erschöpft sind.

Trapp (Bückeburg).

---

6) J. Nagano. Experimentelle Beiträge zur Chirurgie der Harnblase.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 2.)

Der erste Abschnitt beschäftigt sich mit der »Deckung des Blasendefektes durch Darmwand«. Zum Zwecke des Studiums des Verhaltens von Blase und Darm nach derartigen Operationen hat Verf. 3 Hunde operiert. Der eine wurde 7 Monate nach der Operation getötet und dann eine mikroskopische Untersuchung angestellt. Es ergab sich, daß an der Vereinigungsstelle von Harnblase und Darm eine allmählich sich immer weiter ausdehnende Wucherung des Blasenepithels auf die Darmschleimhaut, ja sogar ein Tieferwachsen in die Drüsenschläuche hinein stattfindet. Die Funktionsfähigkeit der Darmschleimhaut erleidet eine, wenn auch langsame, Herabsetzung.

Die im zweiten Abschnitt besprochenen Versuche über Implantation des Harnleiter resp. des Trigonum in den Dünndarm ergaben keine brauchbaren Resultate.

Der dritte Abschnitt bespricht den Versuch eine Anastomosenbildung zwischen Blase und Darm beim Hund. Obgleich die Anlegung der Enteroanastomose so erfolgt, daß ein Koteintritt in die Blase unmöglich war, war die Infektion der Blase und später der Niere doch nicht zu vermeiden. Die Tiere gingen alle zugrunde.

Blauel (Tübingen).

---

7) B. Goldberg. Beitrag zur Ätiologie der Cystitis.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXV. Nr. 1.)

Bei einer kurzen Besprechung der Cystitiden nicht katheterisierter Personen, kommt G. zu dem Schluß, daß die neuesten Forschungen nicht dazu drängen, bei Harninfektionen nach Katheterismus an Autoinfektion zu denken. Der Hauptteil der Arbeit ist den »Katheterisierungscystitiden« gewidmet. Es ist unzweifelhaft, daß aus erkrankten Harnröhren Bakterien in die Blase gebracht werden können. Wenn aber die Harnröhre gesund ist, können dann ihre normalen Bewohner, durch den Katheterismus in die Blase gebracht, Cystitis erzeugen? Aus der Literatur geht nach G. hervor, daß die Harnröhrenbakterien höchstens in einem geringen Teile der Fälle identisch sind mit den Cystitiserregern: aber selbst die Staphylokokkencystitiden — die einzigen, die nach G. in Frage kämen — sind zum Teil wahrscheinlich anders zu erklären. Gegenüber der oft

geäußerten Meinung, daß die Harnröhre nicht zu sterilisieren ist, bringt Verf. eine Anzahl Versuchsprotokolle, in denen ihm die Desinfektion der Harnröhre geglückt ist, und zwar in folgender verhältnismäßig einfacher Weise: Nach gründlicher Abseifung des Penis und des Präputiums und nach Abreibung mit Sublimat 1 : 1000 wird die vordere Harnröhre mit steriler Handspritze mit 3—4%iger Borsäure- und 1—¼‰iger Ichtharganlösung (und zum Schluß mit sterilem Wasser) ausgespült; es werden jedesmal 5—15 ccm eingespritzt, im ganzen 100 bis 200 ccm verwendet. Die Harnröhre war dann steril, wenn nicht infektiöse Affektionen des Harnröhreneingangs resp. Harninfektionen vorhanden waren. All das führt den Verf. zu der Ansicht, daß bei Infektionen nach Katheterismus mit größter Wahrscheinlichkeit der Katheter die Schuld trägt. **Jadassohn** (Bern).

---

8) **Englisch.** Über das infiltrierte Karzinom der Blase.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XII. Hft. 8.)

»Diese Form gehört zu den seltensten und besteht darin, daß die Krebsmasse zwischen den Muskelbündeln der Blase eingelagert ist und nur spät Veränderungen der Blasenschleimhaut und des perivesikalen Zellgewebes bedingt. Der Krebs ist ein primärer.« Die infiltrierte Blase bildet in der Unterbauchgegend eine harte Geschwulst von der Form der gefüllten Blase, unverschiebbar, unempfindlich oder wenig schmerzhaft. Nach dem Katheterismus, der nur wenig Urin entleert, ändert sich die Größe des Tumors nur wenig. Ist die Infiltration eine umschriebene, so fühlt sich eine Stelle der Blase auffallend hart an. Es besteht häufiger, schmerzhafter Harndrang, nach Schmerz ohne Harndrang; die Blase kann mit allen umgebenden Gebilden und mit dem Darm verwachsen. Vorhersage ungünstig. Behandlung besteht in Resektion der Blasenwand von Sectio alta aus; palliativ kann eine Blasen-Bauchfistel angelegt werden. **F. Brunner** (Zürich).

---

9) **Taddei.** L'uretero-anastomosi con uno speciale tubo di magnesio.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1903. Nr. 85. Accad. med. chir. di Ferrara. Sed. del 30. maggio 1903.)

Verf. hat experimentell erwiesen, daß sich die durchschnittenen Harnleiter auf einem 1 cm langen, dünnen, zylindrischen Magnesiumröhrchen vereinigen lassen. Das Nierenende des Harnleiters wird 1—2 mm vom Schnitt entfernt, das Blasenende 4—5 mm vom Schnittende mit 2 von innen nach außen gehenden Catgutfäden, welche vorher den Tubus durchbohrt haben, befestigt. Das Röhrchen wird ziemlich schnell resorbiert, da der Urin zur Bildung phosphorsauren Ammoniakmagnesiums beiträgt. **Dreyer** (Köln).

---

10) Watson. Subparietal injuries of the kidney.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Juli 9 u. 16.)

Eine sehr ausführliche Arbeit, bei welcher der erste Teil hauptsächlich statistischer Natur ist und in der Verf. 6 Fälle eigener Beobachtung veröffentlicht. Er betont die günstigeren Aussichten baldigen operativen Vorgehens gegen die abwartende Behandlung. Bei durch andere Unterleibsverletzungen komplizierten Fällen richtet sich die Indikation mehr nach letzteren; bei unkomplizierten Nierenverletzungen muß operativ eingegriffen werden, wenn 1) das Blutharnen plötzlich aufhört unter Tumorbildung in der Nierengegend (Blutgerinnsel im Nierenbecken); 2) Harnverhaltung eintritt durch Blutgerinnsel in der Blase; 3) starke Hämaturie länger als 36 Stunden dauert; 4) schwache Hämaturie lange fortbesteht; 5) sekundäres Blutharnen auftritt; 6) Zeichen innerer starker Blutung auftreten. Nierennaht bei Zerreißungen ist selten, aber meist mit gutem Erfolg ausgeführt; sie stillt prompt die Blutung. — Das Studium von mehr als 600 Autoren liegt dem ersten Teil zugrunde.

Trapp (Bückeburg).

---

11) F. Guyon. Diagnostic des calculs du rein et de l'uretère.

(Ann. des malad. des org. génito-urin. 1903. Nr. 14.)

In dieser klinischen Vorlesung gibt Verf. einen Überblick über die diagnostischen Hauptmerkmale bei Nierensteinen, über die Schmerzen und Blutungen; er bespricht ihre Besonderheiten gegenüber anderen Nierenaffektionen und hebt hervor, daß gerade bei der Diagnose der Steinniere diese Symptome völlig im Stich lassen können. Sehr große Schwierigkeiten kann unter Umständen auch die Entscheidung machen, ob das Konkrement in der Niere selbst oder im oberen Teile des Harnleiters sitzt. Erst die weitere Ausbildung der Skiagraphie wird hier alle diagnostischen Schwierigkeiten überwinden.

Paul Wagner (Leipzig).

---

12) A. H. Goelet. A study of the indication for nephropexy.

(New York med. record 1902. Dezember 20.)

Die strikte Indikation zur operativen Behandlung der Wanderniere bildet nach G. »die Verlagerung dritten Grades oder darüber«, d. h. ein Befund, bei dem das ganze Organ unterhalb des Rippenbogens fühlbar ist. Auch bei Abwesenheit von evidenten Beschwerden bleibt dieser Grundsatz richtig, weil die Niere notwendigerweise durch die Verlagerung schwer geschädigt wird. Die Feststellung dieses Befundes erfolgt im Stehen bei tiefer Inspiration. Sorgfältige mikroskopische Urinuntersuchungen, vor und nach der Operation vorgenommen, unterstützen diese Ansicht, die eine Tabelle von 10 Fällen illustriert. Bandagen sind nur von Vorteil bei gleichzeitiger Enteroptose, die vielfach üblichen Pelotten usw. in anderen Fällen eher schädlich.

Die späteren Veränderungen der Wanderniere sollen rechtzeitig durch operativen Eingriff verhindert werden. In den früheren Stadien der Wanderniere, wo nur der untere Pol oder das halbe Organ getastet werden kann, und die nicht als Verlagerung, sondern nur als »bewegliche Niere« bezeichnet werden, wird die Nützlichkeit von Bandagen nicht bestritten.

Loewenhardt (Breslau).

13) **Ferguson.** Surgical treatment of nephritis.

(Vortrag gehalten auf der 54. Jahresversammlung der Amer. med. associat.)

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Juli 11.)

Nach Übersicht über die Geschichte operativer Eingriffe bei verschiedenen Formen der Nierenentzündung teilt F. seine eigenen Erfahrungen mit. 16 Fälle sind mit genauer Kranken- und Operationsgeschichte beigefügt. In allen wurde mikroskopische Untersuchung von Nierenstückchen gemacht, so daß die Diagnose zweifellos ist. Es handelte sich um parenchymatöse und interstitielle Nephritiden, die teilweise noch mit Wanderniere kompliziert waren; auch Appendicitis, Gallensteine, Nierensteine lagen in je einem Falle vor. In allen Fällen wurde durch die Operation teils wesentliche Besserung, teils völlige Heilung erreicht. Auffällig war in allen Fällen das sofortige Nachlassen der Nierenschmerzen und die baldige Vermehrung der Urinmenge. F. schreibt die Wirkung der Operation teils der Entspannung der Niere und dem Ausfließen pathologischer Flüssigkeiten durch die Wunde, teils der Bildung neuer Gefäßbahnen aus der Umgebung zu. Operation: T-förmiger Schnitt, wagrechter Balken fingerbreit unter der 12. Rippe, ihr parallel, senkrechter am Außenrand des Quadratus lumborum bis zur Crista ilei. Die Fettkapsel der Nieren muß sehr vorsichtig behandelt werden, ist nur mit Instrumenten anzufassen! Auch die Befreiung der Niere von der Fettkapsel soll recht schonend vorgenommen, das Fett nicht zerrissen werden. Wenn leicht möglich, kann die Niere aus der Wunde hervorgezogen werden. Die fibröse Kapsel wird durch Sektionsschnitt über $^2/_3$ der Niere gespalten, mit Messerstiel oder Finger abgelöst bis zum Hilus, von den Polen abgeschoben. Danach bildet sie einen halsbandartigen Wulst um die Gefäße. Liegt Wanderniere vor, so wird dieser Wulst angenäht, so daß die entkapselte Niere mit der Muskulatur in Berührung steht, weil von dieser aus sich am leichtesten neue Gefäße bilden, während die Fettkapsel dazu ganz ungeeignet ist. Sie wird im Zusammenhang unter den unteren Nierenpol verlagert. Bei den meisten Fällen wird zuletzt noch an zahlreichen Stellen der Niere eingestochen zur Entlastung des Organs von Blut und pathologischen Stoffen. Die Wunde wird stets drainiert, und zwar mit einem dünnen Rohr und reichlicher Mullpackung.

Diskussion: Bevan (Chicago) teilt die Anurie in drei Kategorien ein: reflektorische, durch Verstopfung erzeugte, nephritische. Die erste Art ist für chirurgische Eingriffe die dankbarste.

Jepson (Sioux-City). Die Entkapselung gibt die besten Erfolge bei interstitieller Nephritis, besonders dann, wenn Blutergüsse unter der Kapsel liegen.

McLaren (St. Paul). Die Spaltung der Kapsel allein genügt, um Druck zu erleichtern; er sah einige Fälle, bei welchen durch die Spaltung allein volle Heilung erzielt wurde.

Gibbons (Scranton) hat selbst bei Bright'scher Nierenkrankheit mehrfach mit bestem Erfolg die Entkapselung vorgenommen, u. a. bei seiner eigenen Schwester.

McArthur (Chicago) berichtet ebenfalls von guten Erfolgen. Man kann bis jetzt noch keine genauere Indikation stellen, welche Arten der Nephritis der operativen Behandlung günstig sind.

Whitacre (Cincinnati) führt an, daß bei der breiten weißen Niere z. B. die Operation erfolglos ist, während er sonst gute Erfolge hatte.

Trapp (Bückeburg).

---

14) T. Jonescu (Bukarest). Die Nephrektomie.

(Revista de chirurgie 1903. Nr. 5. [Rumänisch.])

J. hat seit 1897 diese Operation 17mal ausgeführt mit 14 Heilungen und 3 Todesfällen. Bezüglich des einzuschlagenden Weges zieht er den transperitonealen vor, da er mit demselben die relativ geringste Mortalität zu verzeichnen hatte. Außerdem muß bei Benutzung des lumbaren Schnittes fast immer drainiert werden, was einerseits die Heilung verzögert, andererseits oft langwierige Fisteln entstehen läßt. Der transperitoneale Weg erlaubt eine direkte Untersuchung der anderen Niere, es können selbst umfangreiche Geschwülste leicht entfernt und ausgedehnte Verwachsungen gelöst werden.

Bei der lumbaren Methode macht J. einen langen Schnitt parallel der 12. Rippe oder, falls diese zu kurz ist, längs der 11. Rippe. Derselbe gibt ein viel besseres Licht als alle anderen vertikalen oder schiefen Schnitte. Zur Ausführung der paraperitonealen Nephrektomie, welche namentlich in Fällen von Harnleiter-Scheidenfistel angezeigt ist, führt man den Schnitt vom Ende der 12. Rippe bis zur Mitte des Poupartschen Bandes. Man löst vorsichtig das Bauchfell ab und gelangt in die Darmbeingrube und an den Harnleiter. Ist eine lokale Wiederherstellung des Harnleiters unmöglich, so wird derselbe nach oben hin verfolgt und samt der Niere entfernt. Bei transperitonealer Nephrektomie wird der Schnitt je nach der Notwendigkeit des Falles und der Größe der zu entfernenden Geschwulst median, halb unter, halb über dem Nabel, oder lateral, längs dem äußeren Rande des Rectus ausgeführt. Um einen Abschluß des Operationsfeldes von der Peritonealhöhle zu erzielen, wird nach Durchtrennung des Peritoneum laterocolicum das Colon von der vorderen Fläche der Niere abgelöst, wodurch das Bauchfell der hinteren Bauchwand auf eine große Ausdehnung, gegen die Wirbelsäule hin, freigemacht wird. Dieses peritoneale Stück, ent-

haltend das Kolon und dessen Gefäße, wird gegen die abdominale Öffnung gehoben und hier mit Klemmzangen gehalten. Auf dieselbe Weise wird der laterale Teil des parietalen Bauchfells abgelöst und so ein zweiter peritonealer Lappen gebildet, welcher ebenfalls in die Bauchwunde gezogen und hier mit Zangen gehalten wird. Auf diese Weise kann ein Ergießen eventuell vorhandenen Eiters aus der Niere in die Bauchhöhle verhütet werden.

Die interessante Arbeit enthält des weiteren die Krankengeschichten, ausgeführten Operationen, makroskopischen und mikroskopischen pathologisch-anatomischen Befunde aller operierten Fälle.

E. Toff (Braila).

---

15) M. Jordan. Zur Pathologie und Therapie der Hodentuberkulose.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. I. p. 207.)

Unter Heranziehung mehrerer eigener Fälle diskutiert Verf. die noch immer nicht endgültig entschiedene Frage, ob die Hodentuberkulose der Regel nach primär und hämatogen oder sekundär und »deszendierend«, d. h. von der Blase nach der Epididymis fortgeleitet, entstehe. Die Schlußfolgerungen, zu denen insbesondere die einwandsfreien und umfangreichen Beobachtungen der v. Bruns-schen Klinik im Verein mit den bekannten Versuchen von v. Baumgarten und Krämer berechtigen, gehen dahin, daß die Hodentuberkulose ungleich häufiger eine primäre, hämatogene Erkrankung ist. Ob man für den Menschen ebenso wie für das Versuchstier eine Infektion auf dem Wege des Vas deferens entgegen dem Sekretionsstrom unbedingt verneinen darf, steht noch dahin. Jedenfalls ist eine derartige Genese bisher noch nicht einwandsfrei bewiesen. Auch bei der Erkrankung beider Hoden handelt es sich wahrscheinlich nicht um eine Überleitung, sondern um eine multiple hämatogene Infektion.

Bei der Behandlung der Hodentuberkulose scheiden sich auch jetzt noch die Chirurgen in zwei streng getrennte Lager. Während die einen prinzipiell konservativ vorgehen, halten die anderen die Kastration für die rationellste und sicherste Therapie. Während jedoch die Kastrationsgegner für ihre vorwiegend theoretischen Einwände die strikten Beweise bisher noch schuldig geblieben sind, ist die Kastration als eine sichere und selbst bei doppelseitigem Verlust des Hodens unschädliche Operation einwandsfrei erwiesen. Nichtsdestoweniger steht J. auf einem vermittelnden Standpunkt. Bei reiner Genitaltuberkulose, und wenn die Erhaltung des Hodens keine wesentliche Rolle mehr spielt, also besonders bei alten Leuten, empfiehlt er die Kastration, bei jüngeren Individuen dagegen hält er den Versuch einer konservativen Therapie für angezeigt.

M. v. Brunn (Tübingen).

Kleinere Mitteilungen.

16) **H. Hartmann.** Travaux de chirurgie anatomo-clinique.

Paris, **G. Steinheil,** 1903. 360 S. 113 Abbild.

Eine Anzahl von Arbeiten H.'s und seiner Schüler aus dem Hospital Lariboisière. Die Beschreibung des neu angelegten, mit allem Komfort ausgestatteten, im März 1901 eröffneten Service civiale wird vorangeschickt (I). Es folgt dann eine Statistik der seit der Eröffnung bis zum 28. Februar 1902 behandelten Fälle (II). Es sind 1531 Kranke behandelt, 462 davon stationär. Dann folgen Arbeiten über Erkrankungen der Harnwege und des Magens.

III. Hartmann bespricht die Cystoskopie bei der Frau mittels eines einfachen Urethroskops.

Die erwünschte Luftfüllung der Blase bewirkt er durch Beckenhochlagerung. Er konnte so eine Blasen-Darmfistel sehen und sondieren.

IV. Hartmann und P. Lecène teilen dann einen Fall von Tumor mixtus der Fettkapsel der rechten Niere bei einer 62jährigen Frau mit.

Mit der über 10 kg schweren Geschwulst mußte die eng damit verwachsene Niere entfernt werden (transperitoneal). Die Nierengefäße waren durch die Geschwulst voneinander getrennt. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Lipomyxosarkom, in dem an einigen Stellen mit kubischem Epithel ausgekleidete, bisweilen mit Cilien versehene Kanäle waren, die Verff. mit denen des Wolffschen Körpers in Zusammenhang bringen. — Nach einem Jahre Rezidiv. — Es werden noch 32 Beobachtungen von Nierenkapselgeschwülsten aus der Literatur beigebracht; 27 betrafen Frauen, 6 Männer. Oft schon ist das Auseinanderschieben der Nierengefäße bei der Operation verhängnisvoll geworden, insofern sie nicht als solche erkannt und unterbunden wurden, die Niere somit auch in Fällen, wo sie hätte isoliert werden können, entfernt werden mußte. Die meist geringe Vaskularisation der Geschwulst erlaubt ihre Zerstücklung. Meist sind es Fibromyxolipome. Daß derartige Geschwülste bei ganz kleinen Kindern vorkommen, zeigen die Beobachtungen von May und Thiersch. Ein Rezidiv nach der Operation ist auch in dem Tillmann'schen Falle beobachtet worden. Metastasen hat man nie gefunden. — Klinisch war das Auftreten von Fieber bemerkenswert, das nach der Exstirpation verschwand. Die Methode der Wahl dürfte bei diesen Geschwülsten — falls sie als solche diagnostiziert werden — die Laparotomie sein. Man muß lateral vom Kolon das Bauchfell einschneiden, die Niere bei großen Geschwülsten opfern.

V. Prat. Zwei Fälle von Cystokele.

Beim ersten Falle wird gelegentlich einer Leistenbruchoperation nach Isolierung des Samenstrangs beiderseits nur eine extraperitoneale Cystokele angetroffen, im anderen bei einem Schenkelbruch einer 24jährigen Virgo neben einem kleinen Bruchsack eine extraperitoneale Cystokele gefunden. Stets lagen die Cystokelen hinter einer besonders zu erkennenden Fettanhäufung, die beim Freipräparieren leicht blutete.

VI. Prat. Fall von juxtavesikalem, nach der Harnblase offenem Abszeß.

Eine 24jährige Virgo hatte vor 5—6 Jahren ohne irgendwelche weitere Erscheinungen einigemal Blut im Harn. Neuerdings Bluthamen mit heftigen Schmerzen in der Blasengegend am Schluß der Miktion. Wegen der andauernden Erscheinungen nach 16 Tagen Sectio alta. Es findet sich rechts und hinten vom Trigonum eine mit weiter Öffnung in die Blase mündende mandarinengroße Höhle; sie liegt rechts vom Collum uteri. Tamponade der Höhle. Nach reichlich 4 Monaten operativer Verschluß der Blasenfistel. Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkulose. Wegen des ganz plötzlichen Auftretens einer schmerz-

haften Hämaturie hatte man zuerst an die Einführung eines Fremdkörpers gedacht. Zeichen einer Cystitis bestanden dabei nicht; die übrige Blasenschleimhaut fand man bei der Operation ganz gesund.

VII. L. Leroy. Indikation, Technik und Erfolge der Urethrotomia interna.

50 Urethrotomien. Die Methode der Wahl zur Behandlung der Strikturen ist die Dehnung; sie ist aber zu vermeiden bei unüberwindlichem Widerstand, bei Harnröhrenblutung, Cystitis, Orchi- und Epididymitis, Fieber, Urinabszessen und Urinretention. Dann tritt die Urethrotomie in ihre Rechte, die nicht gefährlicher ist als die externa und den Vorteil hat, daß sie die so schon lange Zeit der Bettlägrigkeit nicht verlängert. Ausgeführt wird die Operation mit dem Urethrotom von Maisonneuve. Sie ermöglicht die Dilatation der Striktur oder beseitigt deren Gefahren im Beginn der Behandlung oder kürzt die Behandlung ab. Der langen Nachbehandlung entziehen sich leider sehr viele Pat. — Oft ist der Erfolg der Urethrotomie durch promptes Abfallen des Fiebers gekennzeichnet.

Mitteilung von 50 einschlägigen Krankengeschichten.

VIII. Hartmann. Technik der perinealen Prostatektomie.

Den besten Zugang verschafft die transversale Perineotomie Zuckerkandl's. Sowie der M. rectourethralis durchschnitten ist, ist es leicht, stumpf vorzudringen und so den hinteren Teil der Prostata freizulegen. Dann mediane Inzision bis ins Drüsengewebe und im vorderen Teil Eröffnung der Harnröhre. Oft ist dann die Enukleation der Prostata in ein oder zwei Stücken leicht, wenn nicht, muß man sie zerstückeln und so nach und nach herausnehmen. Ist nach Entfernung der Drüse der prostatische Teil der Harnröhre zu lang, so hat H. öfters ein Stück davon reseziert mit sofortiger Wiedervereinigung durch Naht. — Die Wunde wird locker tamponiert, in die Harnröhrenwunde kommt ein dickes Drain. Am 6. Tage Ersatz des Drains durch einen Dauerkatheter, der am 12. Tage weggelassen wird. Nach 3—4 Wochen Heilung ohne Fistel.

IX. Hartmann und G. H. Roger berichten über Untersuchungen auf anaerobe Bakterien bei Cystitis.

In 6 Fällen haben sie 5mal solche gefunden, teils neben aeroben, teils ohne solche. Einen noch nicht beschriebenen nennen Verff. Streptobacillus fusiformis liquefaciens.

X. Hartmann und P. Lecène. Tuberkulose der Cowper'schen Drüse.

Zunächst ein dem von Englisch beschriebenen entsprechender Fall, eine tuberkulöse Dammfistel, die wahrscheinlich von der Cowper'schen Drüse ausging und durch Auskratzung und Kauterisation zur Heilung gebracht wurde. Dann ein sicherer Fall von nicht vereiterter Tuberkulose bei einem 25jährigen. Nach vorausgegangener vergeblicher Behandlung des eitrigen Harnröhrenausflusses mit Ausspülungen und Massage wird die kleine Geschwulst links von der Harnröhre operativ in toto entfernt. Heilung ohne Fistel in 4 Wochen. In der entfernten Drüse kein Abszeß; mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkulose. Die Infektion erfolgte wahrscheinlich auf dem Blutwege von der tuberkulösen Lunge her in der infolge früherer Gonokokkeninfektion minder widerstandsfähigen Drüse, ein Vorgang, wie er an der Blase schon öfters beobachtet ist. Die Operation gleicht dem ersten Akte der Prostatektomie; Pars membranacea und Prostata zeigen den Weg an.

XI. Hartmann und G. Luys. Intravesikale Trennung des Urins der beiden Nieren.

An einem Beispiel aus der Praxis, bei dem die als gesund angesehene Niere noch rechtzeitig als vollkommen funktionsuntüchtig erkannt wurde, wird die Wichtigkeit der getrennten Urinuntersuchung veranschaulicht. Der erste, der einen Harnscheider konstruiert hat (1890), ist Lambotte. — Verff. bedienen sich eines eigenen Apparats (Luy's, cf. dieses Blatt 1902 p. 1310), mit dem sie sehr zufrieden sind und der sich als besonders wertvoll herausgestellt hat, wenn der Harnleiter-

katheterismus unmöglich war, wie z. B. in Fall 6 infolge einer Pankreasgeschwulst oder bei zu großer Eitertrübung des Urins. Seine Brauchbarkeit wird auch dadurch gekennzeichnet, daß bei fehlender oder nicht funktionierender Niere auf der betreffenden Seite kein Urin erhalten wurde. Seine Anlegung war unmöglich bei einer Schwangeren im 7. Monate, ferner bei einer Frau mit rechtsseitiger Adnexerkrankung, bei hochgradigem Prolapsus uteri und bei weit vorgeschrittenem Uteruskarzinom. Bei Prostatahypertrophie dagegen ließ er sich leicht einführen. Einmal zerriß unter den 80 Fällen die Kautschukmembran in der Blase, ohne irgendwelchen Schaden anzurichten. Verff. kommen zu dem Schluß, daß die Anwendung des Separators gefahrlos und leicht und auch bei kleinen Blasen (Kapazität 60 ccm) möglich ist.

XII. Hartmann. Chirurgische Behandlung nicht geschwulstartiger Magenkrankheiten.

Bei Magenschwüren mit häufig wiederholten geringeren Blutungen gibt die Gastroenterostomie gute Resultate, weniger gute bei den großen Hämatemesen (2 Todesfälle auf 3 Operationen oder zusammen mit den Fällen von Czerny und v. Mikulicz 7 Todesfälle auf 11 Operationen = 63%). Diese Zahlen stimmen mit denen von Savariand (66%) und denen von Mayo Robson (64,2%) überein. — Häufig wiederholte Blutungen, die zu Anämie führen, indizieren fraglos chirurgisches Eingreifen. Zweifelhaft wird die Indikation bei den einmaligen großen Blutungen. Nach Hayem sind diese kaum jemals tödlich. H. operiert bei solchen Fällen nur dann, wenn eine Pylorusstenose vorliegt und wenn heftige Magenkontraktionen das Bluterbrechen begleiten.

Beim einfachen Magengeschwür ist die Operation dann angezeigt, wenn heftige Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme letztere unmöglich machen. Dann soll man schon nach einem Monate operieren. Fälle von einfacher Magendilatation sollen nicht operiert werden, eher solche von Gastrosuccorrhöe und Hyperchlorhydrie. Als Operation der Wahl ist die hintere Gastroenterostomie mit möglichst kurzer Jejunumschlinge zu betrachten. Auch beim Sanduhrmagen ist die Gastroenterostomie die geeignetste Operation. An einem dilatierten Magen hat Verf. nach Durchtrennung von Verwachsungen zur Herstellung eines glatten Serosaüberzuges eine Art Gastroplikation ausgeführt. — 55 Krankengeschichten.

XIII. M. Soupault kommt auf Grund seiner Untersuchungen über den Einfluß der Gastroenterostomie bei Pylorusgeschwür auf den Chemismus des Magensaftes zu folgenden Resultaten: Die Hypersekretion nüchtern schwindet meist, die digestive Hypersekretion wird auch geringer, die Azidität nimmt ab.

XIV. B. Cunéo. Pathologische Anatomie des Magenkrebses vom chirurgischen Gesichtspunkt.

Verf. geht auf die Schwierigkeiten der Diagnose zwischen Geschwür und Karzinom bei der Laparotomie ein. Das kleincystische Epitheliom, die krebsige Lymphangitis u. a. m. werden an der Hand von Abbildungen in differentialdiagnostischer Hinsicht besprochen. Die mikroskopische Drüsenuntersuchung gibt nur Sicherheit, wenn sie positiv für Karzinom ausfällt. Therapeutisch wird die Wichtigkeit betont, sehr weit im Gesunden zu operieren, worauf v. Eiselsberg und v. Mikulicz hingewiesen haben, da Krebsherde der Submukosa in Entfernung von über 3 cm angetroffen worden sind. C. teilt aber nicht die Ansicht Borrmann's, daß solche Herde in kontinuierlichem Zusammenhang mit der ursprünglichen Neubildung stehen, da er isolierte Geschwulstzellen in den Lymphgefäßen der Submukosa beobachten konnte. Besonders häufig und ausgedehnt wird nach C. vom Pyloruskarzinom aus die kleine Kurvatur ergriffen. Die dabei auftretende beträchtliche Retraktion, die den Pylorus der Cardia oft sehr nahe bringt, bewirkt, daß die ergriffene Stelle der kleinen Kurvatur oft für kleiner gehalten wird, als sie in der Tat ist. Man soll immer damit rechnen, daß die kleine Kurvatur ergriffen ist, selbst wenn man nichts davon sieht, da der Hauptlymphstrom dorthin geht, dort auch die zuerst ergriffenen Drüsen liegen, und soll

deshalb stets links vom Eintritt der Koronargefäße, also nahe der Cardia, den Resektionsschnitt anlegen. — Die Ausdehnung der Krebse auf das Duodenum fand C. nicht so groß als Borrmann. Auf die Beobachtungen dieses Autors hin muß man aber die Anlegung des Resektionsschnittes 3—4 cm jenseits des Pylorus empfehlen. Die Verwachsungen, die bei Krebs den Magen mit den Nachbarorganen verlöten, hat Verf. in Übereinstimmung mit v. Hacker als größtenteils krebsiger Natur erkannt. Es besteht also beim Lösen dieser Verwachsungen die Gefahr, gerade in karzinomatösem Gewebe zu arbeiten. Immerhin können auch rein entzündliche Verwachsungen bestehen. Ergriffensein von Drüsen fand C. an Lebenden bei 87,5%. Da die subpylorischen Drüsen manchmal klein und vom Magen ziemlich entfernt sind, darf die Resektion im Lig. gastrocolicum nicht zu nahe am Magen ausgeführt werden. Die retropylorischen Drüsen sind inkonstant, aber dafür sehr häufig erkrankt. Diese Befunde C.'s stimmen mit den von Lengemann erhobenen überein. — 24 Krankengeschichten von Magenresektionen.

XV. Hartmann. Duodenostomie.

Die Duodenostomie, von Braune zuerst angegeben, ist dann von Langenbuch, Southam und B. Jesset ausgeführt worden bei stenosierendem Pyloruskarzinom, jedesmal ohne besonderen Erfolg. Da es in 90% möglich ist, den ersten Teil des Duodenum in die Bauchwunde einzunähen, so verdiente diese Operation der Jejunostomie gegenüber mehr Berücksichtigung, da die Fistel oberhalb des Gallen- und Pankreassaftzuflusses angelegt wird. Die Operation ist von H. gemacht worden, wie er die Gastrostomie anzulegen pflegt, mit Haut-Schleimhautnähten durch die Fasern des Rectus hindurch, und zwar einzeitig. Die drei erwähnten früheren Operationen sind zweizeitig ausgeführt worden.

Es handelte sich um eine so hochgradige Magenschrumpfung nach Salzsäureverätzung, daß für eine Gastoenterostomie kein Platz mehr war. Die Fistel funktionierte anfangs gut, war mit Unterbrechungen kontinent. Nach der Entlassung aus dem Hospital verfiel aber die Frau und starb an den Folgen eines Magengeschwürs mit profuser Eiterung.

H. empfiehlt die Operation, falls sie möglich ist, statt der Jejunostomie.

E. Moser (Zittau).

17) Rembinger und M. Hodara. Zwei Fälle von Chylurie infolge von Filariosis.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXVI. Nr. 5.)

Die beiden von den Verff. berichteten Fälle von Chylurie infolge von Filaria Bancrofti (nocturna) sind durch verschiedene Umstände sehr interessant: ich erwähne das Fehlen von Hämaturie, die gelatinöse Beschaffenheit des Urins (so daß man das Gefäß umkehren konnte, ohne daß Urin ausfloß), den geringen Fettgehalt des Urins, die Eosinophilie (70—75% Eosinophile mit außerordentlich vielen Granulis), die lange Dauer und den milden Verlauf der Krankheit (in einem Falle ein Rückfall nach 24 Jahren), endlich die Heilung durch Terpentin und Blasenspülungen mit Höllensteinlösungen.

Jadassohn (Bern).

18) Krüger. Zur Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des Tuberkulocidins und Selenins Klebs.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. XIV. Hft. 6.)

Ausführlicher Bericht über drei Fälle von Urogenitaltuberkulose, die während 4—7 Monaten intern mit den Klebs'schen Präparaten, daneben vorübergehend auch lokal mit Sublimat und Ichtharganeinträufelungen behandelt wurden. In allen Fällen nahm das Körpergewicht zu, die vor der Behandlung vorhandenen Tuberkelbazillen verschwanden aus dem Urin, das Cystoskop zeigte Heilung oder Besserung der tuberkulösen Blasenveränderungen. Keines der bisher vom Verf. verordneten Mittel hat auch nur annähernd gleich günstige Behandlungsresultate gezeitigt, wie es die Klebs'schen getan haben.

Fr. Brunner (Zürich).



19) **Dobrotworski.** Über eine neue Modifikation des Harnrezipienten bei permanenten suprapubischen Blasenfisteln.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 3.)

D. beschreibt einen neuen Harnrezipienten und gibt eine Zeichnung von demselben. Der Apparat, dessen Schilderung hier zu weit führen würde, soll sich sehr gut bewähren und vor allem auch den Bedarf an Verbandmaterial stark herabmindern. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

20) **Bullitt.** Epispadias.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. August 1.)

In Amerika ist die Methode von Cantwell viel verwandt. Sie besteht in Loslösung der ganzen freiliegenden Harnröhrenschleimhaut bis an die Blase, Bildung einer Röhre aus ihr durch Naht, Spaltung des Gliedes in der Scheidewand zwischen den beiden Schwellkörpern, bis letztere nur unten noch durch die Penishaut verbunden sind und Einlagerung der neugebildeten Röhre in den Spalt, der darüber vernäht wird. Vor der Operation wird eine Blasenfistel auf dem Damm angelegt. In B.'s Fall war die losgelöste und mobilisierte neugebildete Harnröhre zu kurz, so daß sie hinter der Eichel endete. B. bildete deshalb aus der reichlichen Vorhaut einen gestielten Lappen, den er, zur Röhre vernäht, durch einen Kanal in der Eichel zog und über der Sonde mit dem distalen Ende der Schleimhautharnröhre vernähte. Sehr schnelle Heilung mit völlig guter Funktion; nur eine kleine Fistel an der Symphyse forderte noch kleinere Nachoperationen. 3 Wochen nach der Operation konnte Urin stundenlang gehalten und leicht durch die Harnröhrenmündung an der Eichelspitze entleert werden.

Trapp (Bückeburg).

21) **Bröer.** Kleine Mitteilungen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 3.)

Verf. berichtet aus dem Allerheiligenhospital zu Breslau über eine vollständige Harnröhrenzerreißung, welche durch Naht geheilt wurde, über eine nach der Methode Beck-Hacker operierte Eichelhypospadie und über einen Echinokokkus muscularis im Tensor fasciae latae. **Blauel** (Tübingen).

22) **Arcoleo.** Sul trattamento chirurgico dell' estrofia della vescica.

(Morgagni 1903. Nr. 7.)

Nach einer kritischen Übersicht der verschiedenen zur Heilung der Blasenspalte eingeschlagenen chirurgischen Verfahren gibt A. der Maydl'schen Operation den Vorzug und berichtet über einen eigenen Fall bei einem 14jährigen Knaben, der allerdings 32 Stunden nach der Operation zugrunde ging. Die Sektion ergab ein glattes, glänzendes Peritoneum, im kleinen Becken etwas blutig-seröse Flüssigkeit; die Naht hatte gut gehalten, die rechte Niere zeigte beginnende Erscheinungen von Glomerulonephritis. Der Tod war durch eine Anurie wahrscheinlich reflektorischen Ursprungs eingetreten. **Dreyer** (Köln).

23) **Casati.** Innesto del trigono vescicale nel retto in un caso di estrofia della vescica.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1903. Nr. 85.)

Bei einem 2 Jahre alten Kinde wurde auf dem im Titel angegebenen Wege in etwa einem Monat Heilung erreicht. Eine kleine zurückgebliebene Fistel war gleichfalls auf dem Wege der Heilung, da der Urin alle $1^1/_2$—2 Stunden durch den Mastdarm entleert wurde.

Die Operation wurde so ausgeführt, daß unter Schonung des Bauchfells die Blase bis auf das Trigonum reseziert und letzteres in den durch Petersen'schen Ballon vorgetriebenen Mastdarm eingenäht wurde. Hierdurch wurde eine Knickung der Harnleiter, die bei dem Maydl'schen Verfahren eintritt, vermieden.

Dreyer (Köln).



24) C. Ravasini. Beitrag zur Leukoplakie der Blase.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane Bd. XIV. Hft. 5.)

Bei einem 67jährigen Manne, der seit einem Jahre an schmerzhaftem Harndrang litt, wurden cystoskopisch eine Hypertrophie beider lateralen Prostatalappen und an der hinteren Blasenwand weißliche Flecken konstatiert. Die Cystotomia suprapubica ergab zwei gestielte seitliche Prostatalappen und an der hinteren Wand der Blase einen weißlichen, glatten, glänzenden, unregelmäßig begrenzten Fleck, an dem vier erbsengroße Phosphatkonkremente adhärent waren. Die Prostatalappen wurden unterbunden und entfernt, der Fleck ausgekratzt. Vollständige Heilung mit Beseitigung der Beschwerden. Bei späterer Cystoskopie war keine Spur der Leukoplakie mehr zu sehen. In den ausgekratzten Stücken ergab die histologische Untersuchung verhornte Epithelzellen in ziemlich dicker Schicht, stellenweise an der Hornschicht große spindelförmige, ganz mit Eleidinkörnchen gefüllte Zellen. **Fr. Brunner** (Zürich).

25) G. Kapsammer. Über Spontanfraktur der Blasensteine.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 18.)

Die spontane Steinzertrümmerung ist eine äußerst seltene Erscheinung; K. konnte in der gesamten Literatur nur 60 einwandsfreie Fälle finden. Die beobachteten Fälle betreffen Urate bis auf einen von Benno Schmidt mitgeteilten (phosphorsaurer Stein) und einen zweiten von Simons (Oxalat); beinahe 90% wurden bei alten Männern beobachtet. Über die Bedingungen, unter denen eine solche Selbstzerklüftung auftritt, ist nach Zuckerkandl (1899) noch nichts bekannt. Die Theorien stützen sich alle auf chemische Betrachtungen.

K. teilt nun einen Fall bei einem 74jährigen Pat. mit, welcher an außerordentlich starken und häufig erfolgenden Blasenkrämpfen litt. Durch die Sectio alta wurden 49 Trümmer von Blasensteinen entfernt, die glatte Außenflächen und ganz ebene Bruchflächen zeigten. Sie bestanden aus reiner Harnsäure, die Bruchflächen waren vollkommen glatt, kompakt, keine Spur von Porosität, von Sprüngen, von Phosphatschichten. Sie zeigten teils schöne Achatschichtung, teils letztere mit Uratschichten überzogen. Die Zertrümmerung hat also nicht bei allen Steinen gleichzeitig, sondern in größeren Zwischenräumen stattgefunden. Aus den 49 Trümmern ließen sich zehn komplette, facettierte Steine zusammensetzen, von denen eine ausgezeichnete photographische Wiedergabe beigefügt ist.

Alle Steine sind in einer gewissen Gesetzmäßigkeit zersprungen, woraus bei den vollkommen glatten, kompakten Bruchflächen nur eine mechanische Ursache als möglich erscheint, die Zertrümmerung der Steine durch Kontraktionen der Blase. **Hübener** (Dresden).

26) R. Frank. Entfernung eines Blasenpapilloms auf einem neuen, bisher nicht geübtem Wege.

(Aus der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 8. Mai 1903.)

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 20.)

63jähriger Pat., durch profuse Blasenblutungen stark anämisch, besitzt ein Papillom an der rechten Harnleitermündung. Ablösung des Mastdarms von der Prostata nach O. Zuckerkandl, bis die hintere Blasenwand, die Douglassche Falte bloßliegen; letztere wird mit den Fingern nach oben verschoben. Nun wird die hintere Blasenwand zwischen den Samenbläschen der Länge nach median gespalten, die Schnittränder mit Muzeux'schen Haken oder Fadenschlingen vorgezogen und umgeschlagen, der Stiel des Papilloms gefaßt und mit dem Paquelin abgetrennt. Drain in die Blasenwunde, Tamponade der Wunde mit Jodoformgaze. Verweilkatheter. Drain und Tampon am 7. Tage entfernt. Nach 10 Tagen hörte der (teilweise) Urinabgang durch die Wunde auf. Nach 14 Tagen Entfernung des Verweilkatheters. Völlige Heilung.

F. hält diese Methode, die er auch bei Blasensteinen anwendete, für ungefährlicher als die Sectio alta, zumal bei älteren Leuten, und für ebenso leistungsfähig

in den meisten Fällen. Die Länge der Inzision kann bis zur Prostata 7—8 cm betragen, die Operation ist wenig blutig und schnell ausführbar. Die Nachbehandlung ist einfach, der Urinabfluß nach abwärts in der Richtung der Schwere gesichert.

Hübener (Dresden).

27) **E. Hepner.** Operativ geheilter Fall von Blasen-Dickdarmfistel.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVIII. Hft. 3.)

Verf. gibt aus dem Allerheiligenhospital zu Breslau die Kranken- und Operationsgeschichte einer 64jährigen Frau, welche seit 14 Monaten an den Beschwerden einer Darm-Blasenfistel litt. Durch Laparotomie wurde festgestellt, daß die Kommunikationsstelle am Darme dem S romanum angehörte und durch einen divertikelartigen, mit der Blasenwand verlöteten Fortsatz des Darmes gebildet wurde. Die doppelte Unterbindung dieser Brücke führte zur Heilung.

Blauel (Tübingen).

28) **J. B. Onufrowitsch.** Zur Frage von der Behandlung der zufälligen Durchtrennung des Harnleiters bei Operationen.

(Praktitscheski Wratsch 1903. Nr. 22—25. [Russisch.])

Ausführliche Krankengeschichte eines während 22 Monaten beobachteten Falles. Der rechte Harnleiter wurde bei der 50 Jahre alten Pat. bei Ausschälung einer Ovarialcyste durchschnitten. Einnähung des zentralen Endes in die Bauchwunde. Während der nächsten Wochen Eiterung im Operationsgebiet in die Bauchhöhle, in dem eingenähten Harnleiter und Nierenbecken, hartnäckiges Erbrechen, das erst nach 6 Wochen aufhörte. Die Harnsekretion der linken Niere wurde genau verfolgt; in den ersten Wochen betrug sie durchschnittlich 688,0, im nächsten Monat 209, im dritten 224, stieg dann bis 1069 im siebenten Monat (zu dieser Zeit hörte die Harnsekretion aus der Fistel infolge Nierenatrophie vollständig auf) und bis 1499 im elften Monat (Juli). Von hier an Abfall während der kalten Jahreszeit und neues Ansteigen im Sommer. Bald nach der Operation entwickelten sich die Symptome einer schweren Poliomyelitis mit Lähmung der Extremitäten. Da gleichzeitig auch Herzverfettung vorhanden war, so wurde von der Exstirpation der Niere Abstand genommen. Eine mehrere Monate dauernde Behandlung mit Elektrisation und Massage führte zu fast vollständiger Beseitigung der Lähmungen, so daß Pat. schließlich wieder gehen und arbeiten kann. 22 Monate nach der Operation ist der Zustand derselbe wie vor der Operation; Pat. fühlt sich wohl und empfindet als einzigen Übelstand die Notwendigkeit, eine Bandage zu tragen, da in der Operationsnarbe sich ein Netzbruch gebildet hat.

O. hält die Unterbindung des zentralen Endes des Harnleiters in der Bauchhöhle für gefährlich, da die andere Niere (wie auch in seinem Falle) leicht an Nephritis erkrankt; besser ist die Einnähung in die Bauchwunde: man kann später den Harnleiter in die Blase einpflanzen oder versuchen, durch Ligatur desselben Nierenatrophie hervorzurufen. Die besten Methoden sind natürlich die Naht des Harnleiters oder die Einpflanzung in die Blase. **Gückel** (Kondal, Saratow).

29) **P. Guibal.** Trois cas de traumatisme du rein.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1903. Nr. 3.)

G. hat in zwei Fällen subkutaner Nierenquetschung und in einem Falle von Schußverletzung der Niere rasch eintretende schwerste Symptome beobachtet, die auf intraperitoneale Blutungen bezogen werden mußten. Die eigentlichen Nierensymptome bestanden nur in verhältnismäßig geringfügiger Hämaturie. In allen drei Fällen wurde durch die Laparotomie und sorgfältige Ausräumung der zwischen den Darmschlingen befindlichen Blutmassen Heilung erzielt. Die Nierenverletzung selbst bedurfte keines operativen Eingriffs, da die Blutung bereits zum Stillstand gekommen war. In den beiden Kontusionsfällen konnte keine prärenale Fissur des Peritoneums nachgewiesen werden; trotzdem stammte das in die Bauchhöhle ergossene Blut zweifellos von dem subperitonealen Hämatom her.

Paul Wagner (Leipzig).



30) Schönwerth. Traumatischer Infarkt bei subkutaner Nierenruptur.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 31.)

22jähriger Pat. hatte einen Hufschlag in die linke Nierengegend erlitten. Nach 2 Tagen stand die Blutung. Am 4. Tage trat Fieber ein, und es wurde unter Annahme einer Vereiterung des perirenalen Blutergusses der Einschnitt auf die Niere nach Simon unter gleichzeitiger Resektion der letzten Rippe gemacht. Nach Eröffnung der Fettkapsel entleerten sich $^3/_4$ Liter teils geronnenen, teils flüssigen Blutes. Die Niere erwies sich um etwa $^1/_3$ vergrößert, stark cyanotisch. An ihrer dorsalen und ventralen Fläche war je eine 2 cm lange quer verlaufende Wunde, die sich etwa 1 cm weit in die Tiefe verfolgen ließ. Von diesen beiden Wunden durch cyanotisches Gewebe getrennt, zeigte sich ein keilförmiger, markstückgroßer Infarkt, dessen Basis dem Nierenrande entsprach. Derselbe erstreckte sich durch die ganze Dicke des Organs und hob sich durch seine rotgelbe Farbe stark gegen das dunkelblaue Nierengewebe ab. Tamponade. Heilung.

Borchard (Posen).

31) A. Boari. Traitement des plaies du rein.

(Ann. des malad. des org. gén.-urin. 1903. Nr. 13.)

Der 17jährige Kranke hatte eine Messerverletzung der linken Nierengegend erhalten. Beträchtliche Blutung aus der Wunde. In den nächsten Tagen Hämaturie, Fieber mit Erbrechen, Auftreibung des Leibes. Nach einigen Tagen hörte die Hämaturie auf. Der Verband war mit Urin durchtränkt. Am 9. Tage nach der Verletzung lumbale Freilegung der Niere. Entfernung großer Blutgerinnsel; die blutige Infiltration erstreckte sich bis in die rechte Fossa iliaca. Die Niere war durch das verletzende Messer vollkommen in zwei Hälften geteilt, die nur noch am Hilus durch ein Stück Nierenbecken zusammenhingen. Das obere Nierensegment war in beginnender Gangrän; eine Erhaltung des unteren, normal aussehenden Nierenteils hätte sicher zu einer bleibenden Nierenfistel geführt. Deshalb wurde die totale Nephrektomie vorgenommen. Heilung.

Im Anschluß an diese Beobachtung bespricht Verf. die operative Therapie der verschiedenen Formen der Nierenverletzungen und berichtet über mehrere Experimente, die er an Hunden über die Wiedervereinigung vollkommen durchtrennter Nieren angestellt hat. Die Nierenwunden wurden in ganz ähnlicher Weise angelegt, wie in dem oben erwähnten Verletzungsfall. Sofort nach der Verletzung wurden die Nierenhälften durch Catgutknopfnähte wieder vereinigt. Der Erfolg war günstig. Das eine Tier wurde einen Monat nach der Operation getötet; die Niere war vollkommen verheilt. Bei einem anderen Hunde entfernte Verf. einen Monat nach der Verletzung der rechten Niere das linke Organ. Das Tier überstand den Eingriff. Bei der nach mehreren Monaten vorgenommenen Tötung fand sich eine ausgesprochene kompensatorische Hypertrophie der früher verletzten Niere. Diese wenigen Versuche, die noch weiter ausgedehnt werden müssen, sprechen sehr für eine möglichst konservative Therapie, besonders auch bei Schnittwunden der Niere.

Paul Wagner (Leipzig).

32) P. Wulff (Hamburg). Zur Kasuistik der essentiellen Nierenblutung.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 29.)

Ein 46jähriger, einer Familie von Blutern nicht entstammender Pat. litt, wie vor 7 Jahren bereits einmal 2 Monate lang, neuerdings wieder seit 8 Monaten an Blutungen aus der rechten Niere, während die linke ganz normalen Urin entleerte, und war dadurch sehr heruntergekommen. Da alle anderen Mittel erfolglos gewesen, sonstige Krankheiten als Ursache der Blutungen nicht bestanden, legte W. die rechte Niere frei, spaltete sie und vernähte sie dann wieder, als die Oberfläche des Organs, ebenso wie das Innere einschließlich Nierenbecken normal gefunden wurde. Wegen danach eintretender Blutung entschloß sich W., die Niere

zu exstirpieren. Pat. wurde ohne Störungen geheilt. Die Untersuchung des Organs ergab, abgesehen von Verödung vereinzelter Randglomeruli und von mäßigen Reizerscheinungen als Folge der vorausgegangenen Manipulationen bei der Nephrotomie, keinerlei parenchymatöse und interstitielle Veränderungen; auch der Harnleiter war gesund.

W. reiht den Fall deshalb unter die sechs bisher beobachteten Fälle von Nierenblutung ohne jeden pathologischen Befund. **Kramer** (Glogau).

33) **W. T. Wiemer.** Zur Kasuistik der Behandlung der intermittierenden Hydronephrose.

Inaug.-Diss., Kiel, 1903.

In einem Falle von intermittierender linksseitiger Hydronephrose bei einem 21jährigen Manne wurde die Niere freigelegt. Das Nierenbecken war erweitert, der Harnleiter ging spitzwinklig in tangentialer Richtung ab. Das Becken wurde inzidiert, der Harnleiter konnte nicht sondiert werden; es wurde deshalb an seinem oberen Ende ein 3 cm langes Stück reseziert, das Ende in drei ca. 1 cm lange Zipfel geschlitzt und diese, nachdem an der tiefsten Stelle des Nierenbeckens mit dem Trokar eingestochen, von unten nach oben durchgezogen und mit feinen Seidennähten, von denen je eine an das Ende und in die Winkel zwischen zwei Zipfeln zu liegen kam, im Nierenbecken befestigt. Die Fäden werden lang gelassen. Hierauf kommt etwa 6 cm in den Harnleiter ein dünner Dauerkatheter zu liegen. Darauf Naht des Nierenbeckens von unten her; zum oberen Wundwinkel werden der Dauerkatheter, ebenso die Fäden des angenähten Harnleiters und ein in das Nierenbecken eingelegtes Drainrohr herausgeleitet. Der Verlauf war günstig; nach 22 Tagen können die Harnleiternähte entfernt werden, nach 25 Tagen Entfernung des Nierenbeckendrains, nach 28 Tagen des Harnleiterdrains. Von jetzt ab geht aller Urin durch die Blase, 8 Wochen nach der Operation wird Pat. geheilt entlassen. **Fr. Brunner** (Zürich).

34) **Blake.** Preliminary report of five cases of renal decapsulation.

(Boston med. and surg. journ. 1903. August 13.)

Die Entkapselung beider Nieren in einer Sitzung wurde bei allen 5 Kranken wegen chronischer Nierenentzündung vorgenommen. Zu möglichst schneller Ausführung der Operation wurden sie in Bauchlage mit Kissen unter dem Leibe operiert, bei allen Äthernarkose. Die Ausgangsstelle des Schnittes muß man bei fetten oder stark wassersüchtigen Pat. vorher bezeichnen. B. machte stets den gewöhnlichen Längsschnitt am Außenrande des Quadratus lumborum. Zur Sichtbarmachung des oberen Nierenpols, wenn er bei tiefen Wunden schwer erreichbar war, wurde eine Bindenschlinge benutzt. Die Wunde wurde, nach Entnahme eines Probestückchens aus der Niere, genäht, die Kapsel selbst, vorher bis zum Nierenbecken mit Finger und Schere abgelöst, abgeschnitten. Die Urinmenge wurde fast bei allen Operierten in den nächsten 24 Stunden geringer, um dann allmählich und über die frühere Menge hinaus zu steigen. In allen Fällen war mehr Blut unmittelbar nach der Operation im Urin als vorher. Die Ödeme schwanden bei einigen ganz, aber nur zwei wurden soweit gebessert, daß sie wieder arbeiten konnten; aber auch bei diesen blieb geringer Eiweißgehalt im Urin. Zwei starben einen Monat nach der Operation. Einwirkung des Äthers auf die Nieren leugnet B. **Trapp** (Bückeburg).

35) **G. M. Edebohls.** Renal decapsulation for chronic Bright's disease.

(New York med. record 1903. März 28.)

E. hat schon 51 Fälle mit 47 doppelseitiger und 4 einseitiger Dekapsulation der Nieren wegen Morbus Brightii operiert.

7 Pat. starben innerhalb 17 Tagen nach der Operation, 7 weitere innerhalb 2 Monaten bis 8 Jahren; die mittlere Lebensdauer in letzteren Fällen betrug nach

der Operation 1 Jahr 8 Monate. 2 Pat. wurden überhaupt nicht gebessert; dagegen werden 22 Fälle registriert, wo erfreuliche Besserung und auch Genesung innerhalb 2—15 Monaten nach der Operation eintrat.

Der Urin wurde außerdem bei verschiedenen schon ganz normal, sie haben aber noch nicht alle die von E. geforderte Zeit von 6 Monaten normalen Urins erreicht, um sämtlich als Heilerfolge zu gelten. Bei einem Pat. trat ein Rückfall nach einer Heilung von über 4 Jahren ein; hier war nur eine Niere operiert worden. 9 Pat. wurden von Morbus Brightii geheilt und blieben geheilt, zu Perioden von 1 Jahr und 9 Monaten bis zu 10 Jahren. Die mittlere Dauer betrug 4 Jahre.

Hierüber wird eine Tabelle beigegeben.

Die Anforderungen, unter welchen E. einen Fall als geheilt betrachtet, sind folgende: Der Urin muß frei von Eiweiß und zelligen Bestandteilen sein, die tägliche Harnstoffabsonderung normal für einen Zeitraum von wenigstens 6 Monaten nach Verschwinden des Eiweißes, und Pat. muß die früheren Symptome von chronischem Morbus Brightii verloren haben. Alle 9 Fälle der Tabelle erfüllten diese Bedingungen.

Verf. sah den Harnstoff nach der Operation von 6 g und weniger bis zu 30 und 35 g ansteigen. Wächserne, fettige, epitheliale und eitrige Beimengungen verschwanden zuerst, nach einem Monat bis zu einem Jahre. Der nächste Fortschritt bestand darin, daß nur granulöse und hyaline Zylinder sich noch fanden und schließlich auch verschwanden. Der Eiweißgehalt ging dann allmählich ganz zurück. Gelegentlich traten vor der Heilung noch typische, zyklische Albuminurien in kurzer Zeit auf. Gleichzeitig wurden die Muskeln kräftiger und besserte sich die Gesichtsfarbe; Ischias, Kopfschmerzen und Verdauungsstörungen verschwanden. Diplopie und Zirkulationsstörungen besserten sich je nach dem Stande der bereits vorhandenen Degeneration mehr oder weniger.

Gegenüber dem naheliegenden Einwand, daß bei chronischem Morbus Brightii zeitweilige Besserungen bekannt sind, glaubt E. sich keinen Täuschungen hinzugeben, wenn er beachtet, daß 1) die Heilung oder Besserung nach der Operation gleichmäßig beobachtet wird, 2) die Heilung für gewöhnlich andauert und 3) die Besserung einen progressiven Charakter hat. Bedenklicher erscheint die Mortalität, welche als $13^2/_3$% unmittelbare Operationssterblichkeit herausgerechnet wird. Es starben von den 7 nämlich 3 an Urämie, 2 an akuter Herzdilatation, 1 an Pneumonie und 1 an Urämie mit Hemiplegie.

Die Krankengeschichten aller Todesfälle, welche genauer veröffentlicht werden, ergeben nun in der Tat zugunsten des Eingriffs, daß es sich hier meist um so schwerkranke Pat. handelte, daß ein übler Ausgang schon vor der Operation in Betracht gezogen werden mußte. Besonders waren Herz- und Gefäßveränderungen schon so bedeutend, daß nach den jetzigen Erfahrungen kein Eingriff mehr gemacht werden würde.

Die Operation an sich habe »keine Mortalität«, wenn man an den etwa gleich schweren Eingriff doppelseitiger Nephropexie denke; denn E.'s 73 Fälle mit partieller Dekapsulation und Fixation der Wanderniere endeten bis auf einen alle glücklich. **Loewenhardt** (Breslau).

36) **Holländer.** Nierenexstirpation bei einem 8monatlichen Kinde.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 34.)

Das Kind war $2^1/_2$ Monate vorher an Hämaturie erkrankt, welche ununterbrochen fortdauerte. Da das Kind mit lang sterilisierter Milch genährt war, so lag der Verdacht auf Barlow'sche Krankheit vor. Dann trat plötzlich Fieber ein, nachdem sich an eine längere Stuhlverstopfung eine Infektion der unteren Blasen- und Harnwege mit Bakterium coli angeschlossen hatte. Bei der Tastung ergab sich eine schmerzhafte, vergrößerte rechte Niere, ohne daß diese den Eindruck einer Geschwulst oder einer bösartigen Neubildung gemacht hatte. Cystoskopisch konnte die normale Funktion der linken Niere festgestellt werden. Bei der Operation zeigte sich die rechte Niere durchsetzt mit miliaren, stellenweise konfluierenden Eiterherden. Exstirpation. Es stellt sich der Fall dar als schwere,

operativ geheilte, aufsteigende Infektion der rechten Niere bei voraufgegangener doppelseitiger Barlow'scher Nierenveränderung. **Borchard** (Posen).

37) A. F. Hornborg. Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Nierengeschwülste (Hypernephrom).

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLIV. p. 303. [Schwedisch.])

Verf. berichtet über zwei von Dr. H. v. Bonsdorff im Diakonissenhaus zu Helsingfors operativ behandelte Fälle von Hypernephrom. In beiden Fällen, deren klinische Krankheitserscheinungen in Nierenblutungen, Schmerzen der Lendengegend und Bauchgeschwülsten bestanden, ist Genesung erfolgt. Die trotz der Größe der Geschwülste sowohl makro- wie mikroskopisch scharfe Abgrenzung zwischen Geschwulst- und Nierengewebe, sowie das spätere Befinden der Pat. — beide leben und sind gesund — scheinen auf eine ziemlich gutartige Natur der Neubildungen hinzudeuten. Auf Grund dieser Beobachtungen möchte Verf. die Frage aufwerfen, ob man nicht bei Geschwülsten dieser Art, wenigstens in gewissen Fällen, sich mit einer Enukleation der Geschwülste oder lieber noch mit einer Nierenresektion begnügen könnte. Als Stütze dieser Auffassung wird ein von Heinricius vor ca. 5 Jahren operierter Fall angeführt, wo eine Ausschälung der kindskopfgroßen Geschwulst und sodann eine Sutur des Wundbettes der Niere vorgenommen wurde. Pat. erfreut sich jetzt noch eines vollständigen Wohlbefindens. (Selbstbericht).

38) Chauning and Knowlton. A case of metastatic adrenal tumors in the left midfrontal and ascending frontal convolutions.

(Amer. journ. of insanity 1903. Nr. 3.)

Bei einem 48jährigen Manne wurde wegen eines Nierensarkoms, das in Nierenbecken und Nierenvenen hineingewachsen war, die Nephrektomie ausgeführt. Zwei Monate später traten epileptiforme, sich wiederholende Krämpfe auf. Daran schloß sich eine einseitige Parese mit Sprachstörungen. Das Sensorium blieb bis auf geringe Apathie und Depression völlig frei. Der Tod erfolgte nach zwei weiteren Monaten. Bemerkenswert ist, daß Kopfschmerzen und Erbrechen im Krankheitsbild vollständig fehlten. Bei der Sektion fand sich eine Geschwulst im hinteren unteren Teil des mittleren Frontallappens und eine kleinere im aufsteigenden Frontallappen. Beide enthielten größere Epithelien, die in ein feinmaschiges Stroma eingebettet waren. **Dreyer** (Köln).

39) Casati. Tre casi di cura chirurgica dell' impotenza virile.

(Gazz. degli ospedali e delle clin. 1903. Nr. 85. Accad. med. chir. di Ferrara. Sed. del 30. Mai 1903.)

In einem Falle war sicher und in zwei Fällen höchstwahrscheinlich psychische Impotenz ausgeschlossen. Sämtliche Fälle wurden durch Resektion der beiden Venae dorsales penis sofort und dauernd geheilt. **Dreyer** (Köln).

40) Matzenauer. Phimosendilatator.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 21.)

Das kleine Instrument besteht aus vier in Gelenken beweglichen Lamellen, die durch eine Schraube auseinander getrieben werden, und ist aus Aluminium angefertigt. Das zusammengelegt eingeführte Instrument hält sich nach dem Aufschrauben von selbst an dem gespannten Margo praeputii, welcher sich in die S-förmig nach außen abgebogenen Lamellen des Instruments hineinlegt.

Infolge seiner Kleinheit und Leichtigkeit kann das Instrument Tag und Nacht vom Pat. ohne namhafte Beschwerden getragen und von letzterem selbst reguliert werden. Zu erhalten vom Instrumentenmacher Rudolf Kutill, Wien IX, Spitalgasse 71. **Hübener** (Dresden).

41) **A. v. Karwowski.** Ein Fall von positivem Gonokokkenbefund in einem epididymitischen Abszeß.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXV. Nr. 11.)

Der Fall v. K.'s ist wichtig, weil die sehr langsam abszedierende gonorrhoische Epididymitis einer Tuberkulose (wie solche sich ja im Anschluß an eine einfache Tripperkomplikation entwickeln kann) zum Verwechseln glich. In dem Eiter des spontan durchgebrochenen Abszesses fanden sich typische Gonokokken. Solche Fälle mit positivem Befund sind bisher recht selten beobachtet worden.

Jadassohn (Bern).

42) **Cabot.** A case of strangulation of the testis due to torsion of the cord.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Juni 25.)

Ein völlig gesunder, 26jähriger Mann, der nie geschlechtskrank war, erkrankte ohne erkennbare Ursache, auch ohne irgendwelche voraufgegangene körperliche Anstrengung, mit heftigen Schmerzen in der rechten Seite und ileusartigen Erscheinungen, die sich durch Bettruhe besserten, nach Aufstehen wiederkehrten. Am nächsten Tage Hodenschwellung, die zunächst als Epididymitis behandelt wurde; erst am 4. Tage wurde operiert. Die rechte Hodensackhälfte war ödematös, der Hoden blauschwarz, matschig, der Samenstrang fest von innen nach außen um 360° gedreht, ließ sich zurückdrehen. In der Tunica fand sich wenig leicht blutiges Serum. Der Hoden erholte sich nicht, wurde nebst dem unteren Ende des Samenstrangs entfernt.

Hodenschwellungen ohne bekannte Ursache, die von selbst zurückgehen, betrachtet Verf. als Samenstrangsdrehungen geringen Grades; ebenso soll man an sie denken bei plötzlichen Hodenschmerzen ohne bekannte Ursache. Zurückdrehen des Samenstranges ist bisweilen möglich; man muß versuchen, nach welcher Richtung man drehen muß. Es ist über Leute berichtet, welche häufig an der Verdrehung litten und sie gewohnheitsmäßig zurückdrehten.

Trapp (Bückeburg).

43) **Decouvelaire et Augier.** Tumeur mixte du testicule, d'origine wolffienne, avec généralisation ganglionnaire.

(Journ. des sciences méd. de Lille 1903. Februar 28.)

33jähriger Pat. Vor einem Jahre Beginn einer Geschwulst des rechten Hodens die nunmehr orangengroß, knorpelhart ist und keine Neigung zeigt, in den Leistenkanal sich fortzusetzen. Beiderseits leichte Schwellung der Leistendrüsen, Leberdämpfung vergrößert; seit 5 Monaten Entwicklung einer Geschwulst an der linken Halsseite, welche zurzeit überfaustgroß ist, die gleiche Konsistenz wie die Hodengeschwulst zeigt, beweglich ist und eine leicht höckrige Oberfläche hat. Entfernung beider Geschwülste. Mikroskopischer Befund der Hodengeschwulst: Junges Bindegewebe mit eingestreuten Knorpelinseln, stellenweise schleimige Entartung des Bindegewebes, zahlreiche cystische Hohlräume, welche meist mit mehrschichtigem Zylinderepithel ausgekleidet sind; um die Cysten herum eine Schicht longitudinaler und zirkulärer glatter Muskelfasern. Die Zusammensetzung der Halsgeschwulst ist noch bunter, der Knorpel überwiegt.

Es handelt sich also um eine Mischgeschwulst des Hodens mit Metastasenbildung, entstanden auf Kosten der Hodenkanälchen. **Mohr** (Bielefeld).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König**, in Berlin, **E. Richter**, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 42. **Sonnabend, den 17. Oktober.** **1903.**

Über die Verbindung von Gummi- und Zwirnhandschuhen.

Von

San.-Rath Dr. Goepel in Leipzig.

Die Nachteile, welche den Gummihandschuhen infolge ihrer leichten Zerreißlichkeit und den Zwirnhandschuhen infolge ihrer Durchlässigkeit anhaften, können dadurch behoben werden, daß die Zwirnhandschuhe über die Gummihandschuhe angezogen werden. Das dichte Zwirnnetz hält die verletzenden Instrumente, welchen die Gummihandschuhe sonst so schnell zum Opfer fallen, auf, während andererseits durch die Zwischenschaltung des Gummistoffs die Durchlässigkeit der Zwirnhandschuhe ausgeschieden und die durch sie bedingte Möglichkeit, Keime von der Hautoberfläche aufzunehmen, beseitigt wird. Es ist das eine Kombination, welche zum erstenmal gestattet, die Frage der Desinfizierbarkeit der Hände aus dem aseptischen Rechenexempel auszuschalten, und welche praktisch leicht durchführbar ist. Der naheliegende Gedanke, daß durch die doppelten Handschuhe das Operieren technisch sehr erschwert werde, erweist sich in der Praxis als nicht richtig; vielmehr bringt ihre Anwendung zahlreiche Vorteile mit sich, welche zum Teil auch den einfachen Handschuhen gegenüber der unbedeckten Hand, wenn auch in unvollkommener Weise zukommen. Ich möchte dieselben zahlenmäßig aufführen:

1) Es wird den zu Operierenden ein sicherer Schutz gegen eine Infektion durch die Hand des Operateurs und andererseits dem Operateur ein sicherer Schutz gegen Infizierung von seiten des Pat. gewährt. Letzterer Punkt ist gewiß von keiner geringen Bedeutung, angesichts der Tatsache, wie viele Operateure Gesundheit und Leben ihrem Berufe zum Opfer gebracht haben. Ganz besonders von Wert ist das Verfahren für die pathologischen Anatomen, da es das Sezieren technisch in keiner Weise erschwert, vor Infektion sicher schützt und zugleich dem Bestreben nach größerer Sauberkeit Rechnung trägt.

2) Die Methode gestattet, die Hände, das beste Instrument des Chirurgen, wie Benno Schmidt sie bezeichnet, wieder in ausgedehnterer Weise zu benutzen, ohne Gefahr zu laufen, daß durch ein Eindringen der Finger in das lockere Zellgewebe dasselbe infiziert wird. Man wird sich dieses Vorteils bald bewußt, wenn man längere Zeit sich bemüht hat, die Hände mit der Wunde möglichst wenig in Berührung zu bringen.

3) Nach einer Verunreinigung der Handschuhe während der Operation, kann durch Wechsel der Handschuhe sicher und schnell wieder ein aseptischer Zustand herbeigeführt werden, was für zahl-

reiche Operationen mit Episoden, welche eine Verunreinigung unvermeidlich mit sich bringen, von großer Wichtigkeit ist. Je nachdem können beide Handschuhe oder bloß der äußere Zwirnhandschuh gewechselt werden.

4) Die Zwirnhandschuhe erleichtern das Festhalten der durch Kochen in Sodawasser und Benetzung mit Blut oft schlüpfrigen Instrumente, wodurch besonders die Tätigkeit des Assistenten sehr unterstützt wird. Auch ist das Fassen und Schnüren der Fäden leichter und nicht mit der Gefahr verknüpft, daß die Fäden in die Haut des schnürenden Fingers einschneiden.

5) Um die Bauchhöhle oder das Innere eines Hohlorgans abzutasten, wobei die Zwirnhandschuhe durch das Festhaften an der Oberfläche der Organe hinderlich sind, werden die Zwirnhandschuhe für diese kurze Maßnahme, während welcher außerdem keine großen Anforderungen an die Haltbarkeit der Gummihandschuhe gestellt werden, ausgezogen. Die an der Hand belassenen Gummihandschuhe erschweren bei einiger Gewöhnung das Abtasten nur in sehr geringem Maße.

6) Der Operationsbetrieb wird erleichtert und beschleunigt, da bei kleinen Operationen das zeitraubende Händewaschen auf ein Minimum beschränkt, ja völlig unterlassen werden kann; umso mehr als bei regelmäßigem Gebrauch der Handschuhe die Hände des Chirurgen sehr wenig infektiös sind.

7) Die Haut der Hände derjenigen Operateure, welche zu Ekzemen neigen, erfährt eine weitgehende Schonung, da ein einfaches Waschen mit Seife und Abreiben mit sterilem Tuch auch bei größten Operationen völlig zur Reinigung der Hände genügt.

In technischer Beziehung möge noch erwähnt werden, daß sich nicht jeder Gummihandschuh praktisch bewährt, sondern daß einige Fabrikate zu dünn sind oder bei Sterilisation durch Dampf sich zu sehr weiten. Die Zurüstung der Gummihandschuhe geschieht am besten in der Weise, daß die Handschuhe nach dem Gebrauche durch Waschen mit warmem Wasser und Seife gereinigt, gut abgetrocknet und darauf innen und außen mit Talcum eingepudert werden. Die Desinfektion geschieht in strömendem Wasserdampf. Die Hände des Operateurs müssen vor dem Anziehen vollkommen lufttrocken sein. Verletzte Handschuhe können wiederholt in Gummifabriken für geringen Preis repariert werden, wodurch das Arbeiten mit Gummihandschuhen, auch in großen Betrieben, durchaus nicht zu teuer wird. Als Zwirnhandschuhe eignen sich am besten die in der Breslauer Klinik gebräuchlichen, bei welchen das Überhängen der Handschuhe an den Fingerkuppen durch entsprechenden Zuschnitt der Handschuhe vermieden ist. Zweckmäßig ist, daß die Handschuhe bis zur Mitte des Vorderarms hinaufreichen, oder daß das freiliegende Handgelenk mit Trikotschlauch bedeckt wird.

Wir verwenden die Gummihandschuhe von Krobitzsch,

Leipzig, Universitätsstraße, und die Zwirnhandschuhe von **Lewy**, Breslau, Reuschestraße, und **Jaenisch**, Leipzig, Peterstraße.

---

1) A. Bier. Hyperämie als Heilmittel.

Leipzig, F. C. W. Vogel, 1903. 220 S. 10 Abbild.

B. behandelt in dem vorliegenden, seinem Lehrer v. **Esmarch** zum 80. Geburtstag gewidmeten Werke das Gebiet, auf welchem er den Anspruch hat, in zielbewußter Weise der Heilkunde völlig neue Bahnen erschlossen zu haben. Die Grundzüge der von ihm geschaffenen Lehre von der Hyperämisierungsbehandlung finden darin ihre mustergültige und streng wissenschaftliche Begründung. Ausgehend von dem teleologischen Gesichtspunkte, daß das, was der Organismus als Abwehrvorrichtungen in Erscheinung treten läßt, im allgemeinen äußerst zweckmäßig und daher auch therapeutisch verwertbar, und unter Berücksichtigung der Erfahrungstatsache, daß bei allen wichtigen Lebensvorgängen Hyperämie vorhanden ist, hat B. seit 11 Jahren bewußt Krankheitsherde örtlich hyperämisiert und auf Grund seiner reichen Erfahrungen über die Wirkung der Hyperämie auf pathologische und physiologische Vorgänge eine Therapie ausgebildet, die, ebenso einfach wie praktisch, berufen ist, eine eminent wichtige Rolle in dem Heilschatz der Medizin zu spielen.

Die heilende Wirkung der Hyperämie beruht nach B. nicht auf einzelnen bestimmten Eigenschaften des Blutes, sondern auf einer Summe physikalischer und chemischer Vorgänge. Es ist bekannt, daß das arterielle Blut reich an Sauerstoff, arm an Kohlensäure und freiem Alkali ist, während das venöse die umgekehrten Verhältnisse zeigt. Während der schnell dahinfließende, eine leicht bewegliche Flüssigkeit darstellende Blutstrom seine Flüssigkeit und seine geformten Bestandteile behält und mit sich fortführt, schickt der träge dahinschleichende, eine zähe, klebrige Flüssigkeit bildende Blutstrom seine Bestandteile in die Gewebe hinein, wo sie ihre Tätigkeit entfalten können. Alle diese Eigenschaften, von denen sicher ein großer Teil noch unbekannt und unerforscht ist, lassen sich therapeutisch verwerten. Außer verschiedenen Übergangsformen unterscheidet B. praktisch im wesentlichen zwei Arten der Hyperämie: eine aktive (arterielle), wenn in das Gefäßnetz des betreffenden Körperteils mehr Blut einströmt und wenn dasselbe von einer größeren Menge durchflutet wird, und eine passive (venöse Stauungshyperämie), wenn das Gefäßnetz infolge einer Behinderung des venösen Abflusses stärker angefüllt wird.

Zur Erzeugung aktiver Hyperämien eignen sich am besten die Heißluftapparate. B. war der erste, welcher in der ausgesprochenen Absicht, örtlich Krankheitsherde zu hyperämisieren, praktisch brauchbare Apparate für diesen Zweck angegeben hat, und es ist daher ein Irrtum, der sich allerdings noch häufig in der Literatur vor-

findet, wenn Tallermann die Priorität bezüglich dieser Apparate zugeschrieben wird. B. hat dieselben bereits seit 1891 zielbewußt angewandt, und die arterielle Hyperämisierung ist mit vollem Recht als das ausschließliche geistige Eigentum des Verf.s zu betrachten. Hinsichtlich der Beweisführung, daß das therapeutisch Wirksame in der Tat die Hyperämie ist, sowie bezüglich des örtlichen und allgemeinen Einflusses der Heißluftbäder auf den Körper, der Anwendungsweise und der verschiedenen Apparate muß auf das Original verwiesen werden.

Bei der passiven Hyperämie, die sich unter dem Namen der »B.'schen Stauung« einer größeren Bekanntheit erfreut, macht Verf. darauf aufmerksam, daß die Technik derselben schon vor ihm — allerdings unter ganz anderen Gesichtspunkten — zur Heilung von Knochenbrüchen und zu Ernährungsversuchen in Anwendung gezogen war, und daß er keineswegs den Anspruch darauf erhebt, diese Technik eingeführt zu haben. Dagegen ist es sein Verdienst, den therapeutischen Wert der Stauungshyperämie bei Krankheiten gezeigt zu haben, bei denen man bisher ängstlich jede Stauung vermieden hatte. Die Stauungshyperämie ist ein Mittel, welches sich ebenso wie die arterielle sehr exakt dosieren läßt und absolut ungefährlich ist. Wenn man Komplikationen dabei beobachtet hat, so sind diese nicht dem Mittel, sondern der fehlerhaften Anwendung des Mittels zuzuschreiben. Passive Hyperämien lassen sich am besten durch Stauungsbinden und durch Saugapparate, die auf dem Prinzip des Junod'schen Stiefels beruhen, hervorrufen. Ref. muß es sich leider versagen, näher auf die hochinteressanten Ausführungen in diesem Kapitel einzugehen und bezüglich der verschiedenen Arten und Grade der Stauung (starke, mäßige, heiße, kalte, weiße Stauung usw.), bezüglich ihrer Wirkung und Anwendungsweise an den verschiedenen Körperstellen wiederum auf das Original verweisen.

In zwei weiteren Abschnitten werden sodann noch eine Reihe anderer Mittel besprochen, die sich sehr gut zu Hyperämisierungszwecken verwenden lassen und deren Heilwert zum großen Teil auf Hyperämiewirkung beruht (trockene Schröpfköpfe, die sog. Derivantien, Massage, Bewegungen, Salzwedel'sche Umschläge usw.). Ein besonderes Kapitel ist der Beeinflussung des Lymphstromes durch die Stauung gewidmet. Der allgemeine Teil schließt mit einer eingehenden Darstellung der verschiedenen Wirkungen der Hyperämie (schmerzstillende, bakterientötende bezw. bakterienabschwächende, resorbierende, auflösende, ernährende, regenerationsbefördernde Wirkung).

Im speziellen Teil beschäftigt sich Verf. mit der Hyperämiebehandlung bestimmter Krankheiten. Es kommt ihm hierbei nicht darauf an, seine reichen, sich über ein Material von weit über 1000 Fälle erstreckenden Erfahrungen im einzelnen näher auszuführen, als vielmehr darauf, die Technik zu schildern. Krankengeschichten werden nur soweit wiedergegeben, als sie zur Illustration der Aus-

führungen erforderlich und nicht bereits früher mitgeteilt sind. Besonders bewährt hat sich die Hyperämiebehandlung bei der Tuberkulose, und zwar in Form der unterbrochenen Stauung, ferner bei akuten und subakuten Gelenkentzündungen, speziell bei den gonorrhoischen, sodann bei chronischen Gelenkversteifungen (hierbei als Konkurrenzverfahren der medikomechanischen Therapie), weiterhin bei Neuralgien und sonstigen Schmerzen, als resorbierendes Mittel und bei gewissen Gefäßkrankheiten. (Die Erfahrungen B.'s finden in diesen Punkten eine fast wörtliche Bestätigung in einem Vortrage, den Habs vor kurzem im ärztlichen Verein in Magdeburg gehalten hat. Anmerkung des Ref.)

Es ist unmöglich, auch nur annähernd im Rahmen eines Referates den Inhalt eines Werkes anzudeuten, welches eine solche Fülle von Wissen und eigenartigen Gedanken in sich birgt. Jedenfalls muß man dem Verf. dankbar sein, daß er seine reichen Erfahrungen auf dem Gebiete der Hyperämiebehandlung nunmehr in einem handlichen Buche zusammengefaßt und so die Möglichkeit gegeben hat, daß ein so außerordentlich wichtiger therapeutischer Faktor, wie es die Hyperämiebehandlung ist, leichter zum Allgemeingut der Ärztewelt wird. **C. Deutschländer** (Hamburg).

2) **J. Comby** (Paris). Apophysäre Wachstumsosteitis.

(Arch. de méd. des enfants 1903. September.)

Diese schmerzhafte Erkrankung steht mit dem Wachstum der Knochen in Verbindung, es existiert keine wahre Entzündung oder Knocheninfektion, sondern wahrscheinlich eine Knochenkongestion infolge gesteigerter Ossifikation, die als Osteitis oder Osteomyelitis imponieren könnte. Die Schmerzen werden mitunter in den Diaphysen, gewöhnlich aber in der Nähe der Gelenke, an dem Punkte des regsten Knochenwachstums, gefühlt. Fast immer werden die unteren Extremitäten hiervon befallen und hauptsächlich die Umgebung der Knie, nie die Arme. Namentlich ist es, wie schon Lannelongue hervorgehoben hat, die vordere, obere Tuberositas tibiae, unmittelbar unter der Kniescheibe und dem Ansatze des Kniescheibenbandes, wo diese Schmerzen in Erscheinung treten. Die Stelle erscheint geschwellt, blutreich, heiß; die Haut kann rot und empfindlich sein, mit einem Worte, der Zustand imponiert als ein leicht entzündlicher Vorgang.

Die apophysäre Osteitis oder apophysäre Wachstumsostealgie erscheint hauptsächlich in der Pubertät oder Adoleszenz bei Kindern mit raschem Wachstum. Die Krankheit tritt doppelseitig auf, seltener einseitig, die Prognose ist eine gute.

In der Behandlung ist Ruhigstellung des erkrankten Gliedes Hauptsache. Bettruhe 1, 2, wenn notwendig 3 Wochen lang. Dabei laue Bäder (34—35°) durch 15—20 Minuten, event. mit Salz. Lokal Pinselungen mit Jodtinktur oder Vijo'sches Pflaster.

E. Toff (Braila).



3) C. Beck. Über echte Cysten der langen Röhrenknochen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 4.)

Verf. bespricht in dieser kurzen Mitteilung nochmals den Wert der Skiaskopie für die Diagnose der echten Knochencysten und bleibt gegenüber Helbing auf dem Standpunkt, daß die dadurch gegebenen diagnostischen Merkmale sichere und zuverlässige seien. Er hat selbst 107 Fälle von Osteosarkom im Skiagramm aufgenommen. In keinem derselben fand sich die den Cysten eigentümliche Trias: Regelmäßigkeit der dünnen Rinde, Parallele der ovalen, spindelförmigen oder dreieckigen Höhle und Transparenz derselben. Obschon einige Fälle darunter sind, welche dem typischen Knochencystenbild ähneln, so findet sich doch bei genauer Betrachtung mangelhafte Transparenz oder Durchbrechung der Kortikallinie. Bei der Wichtigkeit der Frage, ob man ein Glied amputieren soll oder nicht, die bei solchen Geschwülsten immer ventiliert werden muß, kann B. die differentialdiagnostische Wichtigkeit der erwähnten Punkte nicht genug betonen. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

4) Fantino und Valan. Über einige Verfahren künstlicher Ausfüllung von Knochenlücken.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 3.)

Auf Grund eingehender interessanter Versuche kommen Verff. zu folgenden Schlüssen: Auf Einpflanzung anorganischer Knochensubstanzen inmitten osteogenetischer Gewebe folgt Knochenneubildung, die unter Verwertung der Kalksalze zur Ausfüllung gleichviel welcher Skelettlücken führt. Die günstigsten Bedingungen bieten Knochenhöhlen, die infolge Entleerung von Entzündungs- oder neoplastischer epiphysärer Herde entstanden sind, bei Kindern wie bei Erwachsenen. Die Tätigkeit der Ersetzungsprodukte ist um so größer im Innern des Einpflanzungsherdes, je mehr derselbe unter dem Einfluß jungen, gefäßreichen Knochengewebes liegt, also in der Nähe osteogenetischer normaler Gewebe, wie Periost und interepiphysärer Knorpel. Es ist nicht nötig, daß alle Teile, die den Implantationsherd umgeben, gänzlich aus osteogenetischem Gewebe bestehen. Es genügt, wenn auch nur die Hälfte der Ausdehnung der Wände osteogenisch ist, um eines vollständigen Ersatzes der eingepflanzten Masse durch neugebildeten Knochen sicher zu sein. Am meisten entspricht der kalzinierte Knochen den Anforderungen als Einpflanzungsmaterial bei Knochenlücken; denn er ist wegen seiner ungemein spongiösen Struktur sehr geeignet, sich von den osteogenetischen Elementen durchsetzen zu lassen. Er genügt aber nur da, wo man absolut der Asepsis des Einpflanzungsherdes und der darunterliegenden Weichteile sicher ist und wo die Möglichkeit besteht, unmittelbar nach dem Eingriff die Wunden durch intakte Weichteile zu verschließen und eine geeignete Schichtennaht vorzunehmen. Bei eitrigen Prozessen ergibt das Verfahren Mißerfolge.

Nach zahlreichen Versuchen mit verschiedenen a
kamen Verff. auf eine hier anzuwendende Plombe,
asche und einer Mischung von Thymol und Jodof
oder man gebraucht eine mauerartige Kombination
Masse mit Blöckchen aus kalziniertem epiphysär
Deckennaht ist bei völlig gesunden Weichteilen a
entgegengesetzten Falle ist es besser, die Wunde g
und die Heilung per secundam intentionem abzu
Fall ist eine nicht außeracht zu lassende Vorschr
takt von Flüssigkeiten mit der Wunde zu vermei
durch die Asepsis des Herdes in Frage stellt und
Aufsaugen der Flüssigkeit verdirbt. Mit Hilfe de
ist festzustellen gewesen, daß in kleineren Herden
wiederherstellende Prozeß ca. drei Monate, in
sieben bis acht Monate zur Vollendung braucht
drei Monaten hindert indessen die Ausübung de
Gliedes die Entwicklung des Restitutionsprozesse
mehr.

E. Siegel

---

5) **F. Bezançon.** Pseudo-rhumatisme tube

(Soc. méd. des hôpitaux 1903. Juni 12.

Verf. unterscheidet beim tuberkulösen P
zwei Gruppen, einmal akute Gelenkentzündungen
allgemeinen Tuberkulose der serösen Häute, u
welche bei Kranken gleichzeitig mit oder nach e
tuberkulösen Erkrankung, z. B. der Lunge, auftr
beide Möglichkeiten eigene und fremde Beob
allen diesen Fällen genügt das klinische Bild,
akuter tuberkulöser Gelenkrheumatismus stellen z
kommen auch akute Gelenkerkrankungen bei T
direkten Zusammenhang mit der Tuberkulose
zwecks genauer Differentialdiagnose die cyto- und
Methoden, Kultur- und Tierversuche mit dem G
gezogen werden; am sichersten ist die Verimpfung
in das Bauchfell des Meerschweinchens.

---

6) **Schablowski.** Die Veränderungen de
tukerkulöser Gelenkentzündu

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hf

Seit Jahrzehnten besteht die Streitfrage, o
Gelenkentzündungen die Veränderungen des K
oder progressiver Natur sind. Angeregt durch
Arbeiten über dies Thema ging Verf. selbst d
Punkte zu entscheiden und benutzte zu seinen U
nehmlich frisch resezierte Gelenke von chronis

Prozessen neben mehreren Fällen von akuten und chronischen pyämischen, sowie gonorrhoischen und syphilitischen Gelenkerkrankungen. Besonderes Interesse erregt natürlich die Beschreibung der von S. erzielten mikroskopischen Befunde. In der Mehrzahl der Fälle war der Prozeß schon so weit vorgeschritten, daß die Grundsubstanz, besonders in den oberflächlichsten Schichten faserig zerfallen war. Die einzelnen Fasern waren meist parallel zur Oberfläche oder ganz unregelmäßig angeordnet. An den Knorpelzellen bestanden die mannigfaltigsten Veränderungen. Relativ oft konnte eine Verfettung der Zellen konstatiert werden. Bei eitrigen Prozessen, auch bei fungösen war stellenweise eine vollständige Nekrose der Knorpelzellen vorhanden; in anderen Fällen war es nicht zur Nekrose, wohl aber zur Schrumpfung gekommen. Es fanden sich dann unregelmäßige, zackige Zellformen, welche die Knorpelhöhlen nicht völlig erfüllten. Amyloide Degeneration war nicht nachzuweisen, doch bestand ein mehr oder weniger großer Glykogengehalt der Zellen. Fast ausnahmslos fand sich daneben oft an ein und demselben Präparat eine Vermehrung der Knorpelzellen. Mitosen waren nicht nachzuweisen, doch sah man Kernformationen, die auf eine amitotische Teilung hinweisen. Hand in Hand mit dieser Zellformation ging eine allmähliche Umwandlung der Zellformen. Besonders an den Stellen des Knorpels, welche an der Oberfläche von Granulationsgewebe bedeckt waren, sah man die rundlichen Knorpelzellen zu langgestreckten, spindel- und sternförmigen Gebilden umgewandelt, die einen länglichen Kern enthielten. Gleichzeitig hatte sich eine Erweiterung der Knorpelhöhlen eingestellt, die ebenfalls eine längliche Gestalt annahmen. Verf. zeigt weiter, daß diese Zellen innerhalb der Knorpelhöhlen weder hineingewachsen noch eingewandert sein dürften, und begründet eingehender seine Annahme, daß es sich um umgewandelte Knorpelzellen handelt. Auf Grund seiner Befunde glaubt er zu der Behauptung berechtigt zu sein, daß in gewissen Fällen von fungöser Gelenkentzündung die Knorpelzellen sich zu Fibroblasten umbilden. Die Meinung S.'s geht jedenfalls dahin, daß neben den verschiedensten regressiven Veränderungen des Knorpels auch progressive vorkommen; daß der Knorpel sich bei fungöser Gelenkentzündung, wenn auch nicht stets, so doch in einzelnen Fällen, nicht völlig passiv verhält und etwa wie ein Thrombus durch Granulationsgewebe substituiert wird, sondern aktiv an der Bildung des Granulationsgewebes teilnimmt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

7) **Langemak.** Die Entstehung der Hygrome.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 4.)

L. gibt den subkutanen und nicht mit den Gelenken kommunizierenden tiefen Schleimbeuteln den Namen Gleitbeutel zur Bezeichnung ihrer funktionellen Bedeutung. Aus solchen Gleitbeuteln können sich Hygrome entwickeln, d. h. Säcke mit einem wasser-

ähnlichen Inhalt. Doch können sich letztere auc
einem präformierten Hohlraum an Stellen bilden,
keine Gleitbeutel liegen. Verf. schildert genauer
sechs Hygrompräparaten. Die ersten vier präpat
Gebilde stammen von einem Orte, wo subkutan un
beutel vorkommen. Es spricht alles dafür, daß d
groms auf Kosten des umgebenden Fettgewebes ent
die Fettgewebszellen ihr Fett verloren haben un
in ihnen, namentlich das adventitielle, an Fasern
Zu dem Fettschwund und der Bindegewebshyper
scheinlich eine arterielle Hyperämie, die im F
durch mechanischen Reiz der Gefäßnerven hervor
weiteren Verlauf häuft sich immer mehr Kollagen
alle protoplasmatischen Gewebsbestandteile, insbe
Gefäße, zurückbilden und die Elastinfasern nicht
sind. Es entsteht so schließlich aus dem Fettgew
aus Kollagen, daneben aus wenigen Zellen besteh
in ihrem ausgebildeten Zustand, mindestens zunä
gefäßlos ist. Das Kollagen, ein ungelöstes Albu
lösten Zustand über, wobei als rein äußerlich fibrinä
stufe Fibrinoid auftritt. Die völlig zu Fibrinoid
hänge und Bestandteile der Wand können s
stärkerer Verdünnung ihrer Stiele ablösen und al
Hygrom liegen.

Daß auch diejenigen Hygrome, welche sich
präformierten Hohlräumen bilden, aus dem Fett
dafür ist zunächst ihre Lage beweisend. Die Sch
Verflüssigung vollzieht sich im Unterhautfettgewe
Läppchen des Unterhautzellgewebes sind verkleiner
vorhanden; die erhaltenen sind mit vermehrten
An diese Lage veränderten Fettgewebes schließt
Lage Bindegewebe an, das an Stelle des Unterhau
und vereinzelte verkleinerte Fettgewebsläppchen
diesem Gewebe können mehrere Räume nachgew
schon makroskopisch sichtbar, sich in der Ric
gestreiften Fasern spaltförmig, doch mit feinen A
strecken. Diese Hohlräume sind durch Verflüss
gewebes entstanden. Vollzieht sich dieser Prozeß
an allen Teilen der Wand solcher Spalträume, so
mäßigkeiten an der inneren Auskleidung entstehe
sich dann die Balken und Höcker, welche an ihre
Fibrinoid tragen auf Kosten der Wand. Die Urs
mäßigen Entwicklung ist darin zu sehen, daß die
zugrunde liegende Bindegewebshyperplasie in ei
gebieten der Region später einsetzt. Hygrom u
nach Ansicht L.'s dem Wesen nach übereinstimm
Verflüssigung. Eine Entzündung des Hygroms ist

die die Hygromhöhle auskleidende Bindegewebslage ist immer gefäßlos, und ohne Gefäße gibt es keine Entzündung. Eine Vereiterung des Hygroms kann also nur durch einen phlegmonösen Prozeß der Umgebung herbeigeführt werden. Dauernde Heilung von den durch ein Hygrom gesetzten Beschwerden ist nicht durch Punktion und Flüssigkeitsentleerung, sondern nur durch radikale Entfernung des Hygroms zu erzielen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

8) **Heine.** Über die operative Behandlung der otitischen Thrombose des Sinus transversus.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 3.)

Verf. steht auf dem Standpunkt, daß eine pyämische Allgemeininfektion bei akuten und chronischen Mittelohreiterungen auf einem anderen Wege als dem der Sinuserkrankung möglich ist; er hält dies aber doch für so selten, daß man bei der Behandlung immer von der Annahme einer Thrombophlebitis ausgehen und dementsprechend das operative Vorgehen einrichten muß. In der Lucae'schen Ohrenklinik gilt es als Grundsatz, jeden Pat. — außer Kindern — mit hohem Fieber im späteren Verlauf einer Otitis media acuta oder während einer chronischen Mittelohreiterung, guten Abfluß des Sekrets vorausgesetzt, und sofern mit größter Wahrscheinlichkeit keine Meningitis vorliegt oder keine andere fieberhafte Krankheit anzunehmen ist, sofort zu operieren und den Sinus, wenn dies nicht schon durch den Krankheitsprozeß geschehen ist, freizulegen. Durchaus ungefährlich ist der Eingriff nicht, trotzdem ist man aber in den beschriebenen Fällen dazu berechtigt. Schwerer ist die Frage zu entscheiden, ob man den freigelegten Sinus eröffnen soll oder nicht. Ist die Wand wenig oder gar nicht verändert, normal bläulich, nicht oder kaum verdickt, so soll man zunächst abwarten, wenn nicht besonders schwere pyämische oder gar septische Symptome an dem Bestehen einer Thrombose keinen Zweifel lassen. Die Punktion mit der Pravaz'schen Spritze kann über den Inhalt des Sinus aufklären, doch schützt sie nicht vor Irrtümern, insofern man trotz Thrombose Blut aspirieren oder bei nur wandständigem Thrombus kein Blut finden kann. Die Probeinzision des Sinus soll nicht verworfen, doch auf das geringste Maß beschränkt werden. Verf. verwirft die Entfernung eines gutartigen, keine Erscheinungen verursachenden Thrombus, da man den von der Natur errichteten Schutzwall zerstören würde. Für oder gegen die Auslöffelung der Thrombusmassen muß der jeweilige Befund maßgebend sein. Die Entscheidung über die Gutartigkeit des Thrombus ist nicht immer leicht, manchmal ganz unmöglich. Im Zweifelsfalle entfernt man ihn, bis starke Blutung erfolgt. Die Gefahr, daß kleine losgelöste Bröckel in die Blutbahn kommen, ist nicht so groß wie sie scheint. Der mächtig hervorquellende Blutstrom treibt die kleinen Partikelchen nach außen. Ein unangenehmes Ereignis, das bei der Eröffnung des Sinus ein-

treten kann, ist die Aspiration von Luft; denn
völliges Ineinanderliegen der Wände nicht mög
immer bei der Eröffnung eines Sinus, in dem l
wie bei der Entleerung des letzten Thrombusres
Die Unterbindung der V. jugularis leistet nac
nicht das, was man ursprünglich von ihr erwar
nicht ohne Gefahr ist, darf sie nicht ohne stri
geführt werden. Ohne Einschränkung ist sie in
mären oder sekundären obturierenden Thrombose
einer schweren pyämischen Allgemeininfektion g
bereits bestehender Erkrankung der Vene selbst
ist sie vor der Sinusoperation auszuführen. Ab
Freilegung und Ausräumung des Bulbus unmi
In zweiter Linie kommt die Unterbindung in Bet
gelingt, zentralwärts das Ende des zerfallenen Thr
doch ist es hier wichtig, erst den Erfolg der S
warten, und nur, wenn Schüttelfröste und hohe
fortbestehen, die von dem zerfallenen Ende des
tralen Teil des Sinus ausgelöst werden, die Li
Es hat dann sobald wie möglich die Schlitzung
Eröffnung des Bulbus zu erfolgen. Bei der wa
bose oder der Annahme einer solchen im Sin
im Bulbus sieht H. nur dann eine Berechtigung
wenn nach Freilegung des Sinus und Aufdeckung
Abszesses schwere Pyämie fortbesteht. Als Un
die Gegend der Vene in der Höhe des Ringk
Außerdem soll noch die Facialis communis dich
dung in die Jugularis unterbunden werden.

E. Siege

---

9) **A. Politzer.** Verfahren zum frühzeitig Wundhöhle nach operativer Eröffnung des

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr.

Das Verfahren, welches sich besonders für
bei denen das erweichte Knochengefüge ohne E
ausgeräumt wurde, besteht in dem Ausgießen de
nulationen ausgekleideten Wundhöhle mit steril
nem Paraffin. In Ausnahmefällen, wo man abso
aus reine Wundverhältnisse, keine kranken Kno
zu haben, kann man die Wunde unmittelbar
ausgießen. Nach Erstarren der Masse werde
mittels Naht oder Wundklammern sofort vere
primärer Heilung.

He

---

10) Th. Haymann. Amniogene und erbliche Hasenscharten.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 4.)

H. versuchte die embryologischen und mechanischen Vorbedingungen »amniogener« Lippenspaltungen klarzulegen, die für diese Frage brauchbaren Fälle zusammenzustellen und die häufigeren Begleiterscheinungen amniogener Gesichtsspalten auf ihren Zusammenhang mit Eihautresten zu prüfen. Amniogen dürfen nach seiner Ansicht nur solche Mißbildungen genannt werden, deren Ursache Amnionanomalien sind; es müssen sich Eihautreste in der Spalte oder in ihrer Umgebung nachweisen lassen, und aus Form und Lage der Spalte muß ein ursächlicher Zusammenhang dieser Eihautreste mit der Spaltbildung wahrscheinlich gemacht werden. Ein gleichzeitiges Vorkommen von Hasenscharte und anderen amniogenen Mißbildungen genügt nicht für die Beweisführung einer amniogenen Hasenscharte. Auf Grund eingehender Betrachtungen hält Verf. es für unwahrscheinlich, daß die Eihautverwachsungen eine irgendwie wesentliche Rolle bei der Entstehung der typischen Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte spielen. Das auffällige Nebeneinandervorkommen von Hasenscharte und Strahldefekt, ferner von Hasenscharte mit Bildungshemmungen des Hirns, des Rückenmarks, der Sinnesorgane, des Gefäßsystems, des Urogenitalkanals und der Bauchdecken, das gleichzeitige Bestehen von Polydaktylien sprechen nach Ansicht des Verf. dafür, daß die Hasenscharte nicht als amniogenes Trauma, sondern als primäre Bildungshemmung aus inneren Ursachen anzusehen ist. Die Wurzel dieser Bildungshemmungen aber liegt in der Familie. Es müssen in dem Stammbaum nun nicht lauter Hasenscharten vorkommen; jedenfalls ist es wichtig, Mißbildungen aller Art zu berücksichtigen, um die physische Familienpathologie genauer zu erforschen. In diesem Sinne beschäftigt sich H. im zweiten Teile seiner Arbeit mit der Erblichkeit der Hasenscharten und kann vor allem konstatieren, daß dieselbe häufig ist, nämlich in 20%. Aus der Verfolgung einschlägiger Familiengeschichten konstatiert er, daß in einzelnen Familien drei und vier Generationen hindurch die Neigung zu Lippen-Kiefer-Gaumenspalten bestand, daß die Vererbung fast immer nur einen Teil der direkten Nachkommen trifft, daß aber trotzdem die Neigung zur Mißbildung nicht erlischt. Noch nach mehreren wohlgebildeten Geschlechtern kann die Hasenscharte bei den Urenkeln wieder auftreten. Je größeren Anteil wir aber an der Entstehung der Hasenscharten der Erblichkeit zuweisen müssen, desto mehr muß die mechanische Anschauung zurücktreten und wird nur für die sicher selteneren Fälle Geltung behalten, wo in der Spalte selbst oder in ihrer Umgebung Reste oder eindeutige Spuren von amniotischen Strängen sich finden. Für die große Mehrzahl der Fälle bleiben Ei und Spermatozoe die Vermittler eines fehlerhaften Wachstumtriebes, der sich häufig auch in Mißbildungen ganz anderer Art zeigen kann. Freilich ist gerade dieses gleichzeitige Vorkommen verschiedener Mißbildungen bei einem Individuum in

der Geschwisterfolge und in der Erbfolge noch
Gebiet.

Nur andeutungsweise lassen sich die großen
beit im Referat wiedergeben; wer einen Einblick
die Anschauungen belegenden Einzelheiten gewi
großem Eifer zusammengetragen sind, möge die
selbst studieren. **E. Siegel**

---

11) K. Schwarz. Über das prozentuale Ve
zelnen Formen der Skoliose
(Časopis lékařů českých 1903. Nr. 12.

Von dem Momente angefangen, wo das Ki
rachitische, in sitzender Stellung getragen wird,
Schuljahre überwiegt die linksseitige Skoliose,
Kind meist auf der linken Hand getragen wird, a
beim langsamen Schreiben die linke Schulter auf
und den rechten Ellbogen herabhängen läßt. S
schneller schreiben kann, stützt er mehr die rec
durch sich die Verkrümmung ausgleicht; später a
mehr auf die rechte Hand und läßt den linken Ellb
das Resultat ist eine rechtsseitige Verkrümmung.
G.

---

12) Fritz König. Über Einstülpungsmethod
tion der Fistula colli congenita und die g
wendung bei einer Mastdarmfi
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. H

v. Hacker hat zur Beseitigung der volls
Halsfisteln eine Einstülpungsmethode vorgeschla
besteht, daß durch den Kanal eine Öhrsonde ge
freipräparierte Fistelende an die Sonde befestigt
nun die Sonde mit dem Gang nach dem Mundhöl
durchzieht, so daß die umgestülpte Schleimhaut
reißt. Diese Methode ist aber nur in den seltens
bar, weil der Gang nicht häufig so leicht wie e
Umgebung sich löst. K. hat darum eine andere E
ersonnen. Er mobilisiert den Fistelstrang bis üb
hinauf und arbeitet sich dann noch stumpf bis a
schleimhaut. Dann wird von der Wunde aus ei
Knopfsonde soweit vorgeschoben, bis sich die Sc
deren unteren Rand vor der Mandel verwölbt.
wird vom Munde aus die Schleimhaut bis auf das
ten. Das Hautende des Fistelstranges wird mi
dem äußeren Sondenknopf befestigt und nun hi
durch die kleine Inzision in die Mundhöhle gezo
sich anspannt. Vom Munde aus wird der Fistels

Nähte mit der gespaltenen Schleimhaut vernäht und so dort fixiert, darauf kurz abgeschnitten, so daß nur noch ein kleiner Stumpf in die Mundhöhle hineinragt. Man hat alsdann die alte innere Öffnung der Fistula congenita colli in der Rosenmüller'schen Grube hinter und die neuangelegte Öffnung vor der Mandel. Die Fistel endet demnach mit beiden Enden in die Mundhöhle, bildet einen offenen Kanal und erlaubt keine Retention mehr. Ein Rezidiv ist also nicht möglich. Der Eingriff ist gefahrlos und ohne irgendwelche Nebenwirkung.

Weiterhin hat K. das Prinzip der v. Hacker'schen Operation bei der Beseitigung einer eigenartigen Fistula recti incompleta interna in Anwendung gebracht und empfiehlt das analog der oben geschilderten Methode gestaltete Verfahren für die wenigen dazu geeigneten Fälle.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

13) A. Rosenberg. Quelques remarques sur la pachydermie du larynx.

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1903. Nr. 24.)

Die pachydermischen Wülste sitzen keineswegs immer an den von Virchow als klassischer Sitz bezeichneten Processus vocales, sondern können sich auch, wie Verf. zweimal beobachtete, unter dem Rande des Stimmbandes oder an den Aryknorpeln finden. R. rechnet hierher nicht die Hervorragungen bei Sängerknötchen oder die umschriebenen schneeweißen Verfärbungen der Stimmbänder bei Rednern und Sängern. Dagegen scheine, obwohl von Virchow beschrieben, wenig bekannt die Form, wo die Stimmbänder mit weißlichen, dicken Flecken und Bändern bedeckt sind; hier könnten leicht diagnostische Irrtümer Platz greifen, seien diese Gebilde doch schon für Karzinome angesehen und auch mit Papillomen verwechselt worden. Somit könne einzig und allein die mikroskopische Untersuchung entscheiden, ob eine bös- oder gutartige Affektion vorliege.

F. Alexander (Frankfurt a. M.).

---

14) Ramon de la Sota y Laitra. L'intervention chirurgicale est elle indiquée du point de vue médical et social dans toutes sortes de cancers du larynx et dans toutes les phases ou périodes?

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1903. Nr. 26.)

Im Gegensatz zu B. Fränkel und seinen Schülern, die in den letzten Jahren über den günstigen Verlauf endolaryngeal operierter Kehlkopfkrebse berichteten, warnt Verf., hierauf zu großen Wert zu legen und die günstigste Zeit zum chirurgischen Eingriff zu verpassen. Verf. bespricht zunächst die Symptomatologie mit besonderer Betonung, daß jede Heiserkeit bei Leuten über 40 Jahre zur Vor-

sicht in der Beurteilung mahnen soll, die pat
und Diagnostik, wobei selbstredend die mikrosko
gebührend gewürdigt wird, um sich dann eingehen
Behandlung zu befassen. Hierbei wendet er sich g
und endolaryngeale Eingriffe, weil dieselben
gegen Rezidive böten. Die Art der Operation,
ryngotomie oder Pharyngotomia subhyoidea, rich
Ausdehnung der Neubildung; im allgemeinen di
minder ausgebreitete Laryngotomie in Betracht k
Einzelheiten, wie die möglichste Schonung der
den Laryngeus superior zu schonen und Schluck
meiden, sind im Original nachzulesen. Jeden
die Fälle früher als jetzt üblich zur Operation k
partieller Kehlkopfexstirpationen weit günstiger

F. Alexande

---

15) **Hoeftmann.** Zur Empyembehandlung

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. N

Bei Anwendung folgender Maßregeln läßt sic
nach Empyemoperation wohl immer verhüten.
an der tiefsten Stelle (9. Rippe in der Axillarlini
da durch dieselbe der negative Druck im Brustra
den soll. Ohne Drainage kommt eine Art Vent
Nachbehandlung tunlichst in sitzender Stellu
Operierten womöglich gleich nach Überwindun
hergehen lassen. Ferner muß die Lunge mögli
wachsungen gelöst werden, damit sie sich schn
Zu dem Zwecke wird die Pleura mit einem la
abgeschabt. Es ist nicht nötig, daß jeder Fet
müssen aber eine Anzahl Risse in die Verwachs
Keine Ausspülungen. Dagegen schüttet H. st
stallinisches Jodoform in die Wundhöhle.

Durchschnittliche Heilungsdauer 3 Wochen

---

16) **C. Garrè** und **H. Quincke.** Grund
chirurgie.

Jena, **Gustav Fischer,** 1903. 120 S., 30 Abbild

Die Monographie ist hervorgegangen aus d
Verff. im September 1901 auf der Hamburger N
lung über den Gegenstand zu erstatten hatten.
Abschnitt über »Pathologie und Diagnose de
und zusammen mit G. das Kapitel »Lungentu
alle anderen Kapitel stammen von letzterem al

Zur Einleitung gibt G. eine ausführliche a
bung des Brustkorbs und seines Inhaltes unter

sichtigung der topographischen Verhältnisse der Pleura. 12 z. T. sehr instruktiver Abbildungen sind diesem Abschnitt beigegeben. — In dem zweiten Kapitel, »Pathologie und Diagnose der Lungeneiterungen«, erwähnt Q. zunächst, daß die am häufigsten vorkommenden Schleimhauteiterungen weit weniger für eine chirurgische Behandlung in Betracht kommen als die parenchymatösen Eiterungen. Er bespricht dann weiter die Gründe, welche einer operativen Behandlung der Lungeneiterungen sich entgenstellen und den Zweck des operativen Eingriffs, der darin besteht, dem Eiter Abfluß zu verschaffen und die Höhle durch Narbenzug zum Schluß zu bringen. Die Bedingungen hierfür sind für die einzelnen Lungenlappen verschieden günstig. Manchmal bleiben Fisteln bestehen. Die Diagnose einer bestehenden Eiterhöhle ist leichter als die Bestimmung des Sitzes, Umfanges und der Anzahl der Höhlen. Die einzelnen diagnostischen Momente werden dann erst im allgemeinen besprochen und hernach für die einzelnen Gruppen von Abszessen. Q. teilt für die vorliegende Aufgabe die Eiterungen ein in 1) akute Abszesse, 2) chronische Abszesse und 3) Fremdkörperabszesse; die beiden ersten Gruppen werden wieder geschieden je in einfache und putride Abszesse. Zusammenfassend sagt Q. dann, »daß für die nicht tuberkulösen Eiterungen der Lunge der Erfolg des chirurgischen Eingriffs wesentlich von der Zeit ihres Bestehens abhängt. Akute Fälle heilen gut, chronische schwer; für letztere ist außer Eröffnung Entspannung der Brustwand erforderlich. Begleitende Putreszenz macht beide Arten von Fällen schwerer, indessen ist sie, wie bei anderen Eiterungen, ein sekundäres Symptom. Unsere Aufgabe muß sein, Eiterhöhlen der Lunge frisch zu operieren, sie nicht chronisch werden zu lassen.« — Die »operative Behandlung der Lungeneiterungen« bespricht dann G. im folgenden Kapitel. Er verbreitet sich zunächst über allgemeine Gesichtspunkte bei Lungenoperationen und speziell über die Pathologie des Pneumothorax. Das Ergebnis dieser Betrachtungen faßt er in folgende Sätze zusammen: »Wir konstatieren, daß bei entsprechenden Maßnahmen auch ein totaler Pneumothorax keine lebensbedrohliche Komplikation darstellt, und daß ferner durch eine Lungenpleuranaht in Verbindung mit Tamponade eine Infektion des Brustfellraumes verhütet werden kann. Weiterhin ist es im Hinblick auf die Dauererfolge der Lungenchirurgie außerordentlich wichtig und muß immer wieder betont werden, daß die Abszesse und Zerfallshöhlen der Lunge im allgemeinen nach den Grundsätzen behandelt werden, die für die Operation starrwandiger Eiterhöhlen gelten.« Den Grund für viele Mißerfolge, besonders für unvollkommene Heilungen, sieht C. darin, daß man sich bisher meistens mit einer Spaltung der Eiterhöhlen begnügte und nicht auch zugleich durch möglichst weite Abtragung der indurierten Kavernenwände, Resektion von Pleuraschwarten und weitgehende Rippenresektion dafür gesorgt wurde, daß die Abszeßwandungen dem Narbenzug folgen konnten. Dann wird auf die spezielle Technik der Lungenoperationen ausführlich

eingegangen, deren Einzelheiten naturgemäß in
werden müssen, ebenso wie die Angaben über
bei den einzelnen hier in Betracht kommend
Über die chirurgische Behandlung der Lung
einem besonderen Kapitel abgehandelt wird, s
Resultate haben keinen Operateur ermutigt,
Wege weiter zu schreiten; im Gegenteil will
als ob alle operativen Versuche in dieser E
kommen sind.« Nur für die Fälle, in denen di
Mischinfektion des stagnierenden Kaverneninh
Fieber litten, sind durch Eröffnung und Drain
zu erwarten, im allgemeinen aber ist bei tuberk
von einer Mobilisation der Brustwand als vo
zu erhoffen. — Die Resultate bei der chirurgi
Lungenaktinomykose sind ungünstige, weil d
eine radikale chirurgische Therapie noch zuließ
sind. — Die Lungenfisteln, entstehend aus ve
sind je nach ihrem Ursprung verschieden zu
bei den einen die Nachteile, welche sie dem
wiegen und einem Verschluß keinerlei Bede
sind andere als willkommene Abflußkanäle für
bare Eiterhöhlen anzusehen und demgemäß of
und ganz für die chirurgische Behandlung wi
kokkus, dessen Besprechung das VII. Kapitel
spruch genommen. Gegenüber 64% Sterblich
abwartender Behandlung steht eine von 10% b
greifen. — Weiter werden die Neubildungen
für ein chirurgisches Eingreifen allein in Betr
artigen Neubildungen besprochen. Die Result
günstig, wie man von vornherein glauben s
eigneten Fällen die totale Exstirpation eines
für berechtigt und für mit Erfolg ausführbar.
geratenen Fremdkörper, entweder durch die
die Luftwege, sollen, trotzdem sie gelegentl
erscheinungen in der Lunge verbleiben könne
fernt werden. Die einzelnen hierbei in Betr
thoden werden genau besprochen und müsse
gesehen werden. — Eine eingehendere Besprec
noch den Lungenverletzungen und ihrer Behan
wohl bei den subkutanen, wie bei den pene
letzungen rät G. im allgemeinen eine exspekt
nur wenn bedrohliche Erscheinungen auftreten
vorhanden sind, oder wenn Komplikationen b
gischeres Vorgehen unter Eröffnung des Bru
Den Schluß bildet die Besprechung der Lun
schläge zu ihrer chirurgischen Behandlung.

17) **R. Goldmann.** Sensibilitätsstörungen der Haut bei Lungenerkrankungen, besonders der Tuberkulose.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1903. Bd. I. p. 361.)

Verf. unterzog die Head'sche Angaben über hyperästhetische Zonen der Haut bei Erkrankungen innerer Organe einer Nachprüfung, beschränkte sich aber dabei auf Lungenerkrankungen, vor allem Tuberkulose, ferner Bronchitis acuta und chronica und Pneumonie. Bei Tuberkulose des Oberlappens fand er eine Hyperalgesie der Hautbezirke über diesem Lappen mit einem Maximalpunkt in der Fossa supraspinata. Der Schmerz strahlte oft auf benachbarte Gebiete aus und setzte sich besonders häufig nach unten hin fort, was wahrscheinlich einer Mitbeteiligung des Unterlappens entsprach. Bei älteren Hauterkrankungen des Oberlappens fehlte die Hyperalgesie oder war schwächer als über frischeren Herden. Deutlicher noch als über dem Oberlappen waren die hyperalgetischen Zonen über den Unterlappen, wahrscheinlich infolge der ausgiebigeren Bewegungen dieser Lungenabschnitte.

Im ganzen konnte Verf. die Head'schen Angaben bestätigen. Der Grad der Hyperalgesie schwankt proportional dem Verlauf der Krankheit. Die hyperalgetischen Zonen können diagnostisch für die Auffindung des Krankheitsherdes wertvoll werden, doch hat man sich vor Verwechslung mit anderweitigen Schmerzen, Interkostalneuralgien, hysterischen Schmerzen usw. zu hüten.

M. v. Brunn (Tübingen).

---

18) **A. Schwartz.** Anatomie chirurgicale et chirurgie des bronches extrapulmonaires.

Thesè de Paris, **G. Steinheil,** 1903.

Verf gibt einen historischen Überblick über die Entwicklung der Chirurgie der extrapulmonären Bronchen, referiert die nicht sehr zahlreichen Literaturfälle, besonders die Operationen vom hinteren Mediastinum aus, und beschreibt, z. T. auf Grund eigener Studien an der Leiche, ausführlich die topographische Anatomie der betreffenden Gegend. Die chirurgisch gangbaren Zugangswege, die zweckmäßigsten Operationsverfahren und die Indikationen zur Operation werden ebenfalls auf Grund eigener Leichenversuche dargestellt und schließlich folgende Schlüsse gezogen:

Vom chirurgischen Standpunkt aus ist der Stammbronchus vor dem Abgange der ersten Verzweigung der am besten zugängliche Teil der Bronchen außerhalb der Lunge, und zwar besonders das mittlere, von der Pleura bedeckte Stück. Die Bronchien sind beiderseits chirurgisch nur vom hinteren Mediastinum aus angreifbar. Am besten bildet man einen Thoraxlappen mit seitlicher Basis, welcher die 5.—8. Rippe umfaßt; nach Zurückschieben der Pleura parietalis gelingt es dann beiderseits sehr leicht, die Bronchien freizulegen und zu inzidieren. Diese hintere Bronchotomie, die besonders für

die Entfernung von Fremdkörpern in Betracht kom
wenn alle anderen Methoden erschöpft sind; doc
um so besser, je frühzeitiger sie ausgeführt wir

---

19) **Levings.** Tuberculosis of the mamm
(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. A

Ausführliche Besprechung von Ursache, A
Erscheinungen, Diagnose. Namentlich die Ly
Brustdrüsen und von der Lunge aus, durch
kundäre Infektion stattfinden kann, sind bespro
gnose bietet überstandene Skrofulose gute Anh
aber auch keine zu finden, und dann ist die Di
Sicherheit zu stellen. 71 Fälle sind mitgeteilt,
wurden. 5 scheinen geheilt. Tuberkulose der I
so selten wie es scheint, sie wird nur oft ni
Lange Zeit, oft jahrelang können die Erschein
regelmäßige, scharf umschriebene Knoten — st
bildung und Verflüssigung treten erst recht spä
kung kommt fast ausschließlich vor dem Klimal
bei Unverheirateten vor. Sie ist öfter eine Pri
befällt beide Brüste gleichartig. Nur bei um
sind palliative Maßnahmen und Teiloperationen
gebreiteten Prozessen soll radikal vorgegangen v
drüsen werden nur wenn sie erkrankt sind, ent

Kleinere Mitteilungen.

20) **F. König.** Das neue Operationshaus zu A
chirurgische Arbeitsstätte.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. I

Das neue Operationshaus im Krankenhaus zu Alto
der septischen Operationen und der Poliklinik zur Vor
schen Arbeit. Es ist Gewicht darauf gelegt, daß alle
wendigen Personen dort wohnen und schlafen. Die K
nahe liegenden Baracken auf einem Wagen hinübergebra
operationssaal und einem zweiten Operationsraum beste
Vornahme und Wechsel der Gipsverbände. Im Keller find
Handwerksstätte. Für die Ausgabe der Verbandstoffe a
Abteilungen ist ein besonderer Zugang neben dem Hauptp
beherbergt das Haus alles, was zur wissenschaftlichen
lehrung, was als Hilfsmittel zu Diagnose und Therapie
Sammlung von Präparaten usw., bakteriologisch-mikro
Alles zusammen sind 21 Räume mit 3 Badezimmern und
An der dem Hauptoperationssaal anstoßenden Wand des
Reservoir für steriles Wasser und Kochsalzlösung ang
Flüssigkeiten von hier direkt zu dem Operationstisch
jederzeit sofort benutzt werden können, sei es zum Was
fundieren. Der Apparat ist von Lautenschläger kon

teilhaft erscheint die elektrische Lampe mit kombiniertem Balancehebel und Zweiachsendrehsystem, welcher man jede beliebige Stellung geben kann, so daß namentlich auch eine gute seitliche Beleuchtung erzielt werden kann, wie sie für viele Operationen erforderlich ist. Die Einzelheiten dieser wie all der anderen Einrichtungen, des Betriebs und der Gesamtanordnung sind in Wort und Bild genau geschildert und eingehender Lektüre wert.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

21) J. B. Studzinski. Ein seltener Fall von Staphylokokkomykosis bei Diabetes.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 14.)

S. beobachtete die Hautaffektion etwa 3 Monate vor dem Tode des Pat., der während 2 Jahren wegen Diabetes mellitus behandelt wurde. An den Extremitäten, besonders an den unteren, traten hirsekorngroße Pusteln auf, die sich vergrößerten, platzten und zu granulationsähnlichen Gebilden wurden; sie waren von einem harten, infiltrierten Rande umgeben; einige nahmen zuletzt die Gestalt von Rupien an. Nach dem äußeren Aussehen konnte man an Karzinom denken, doch zeigte die mikroskopische Untersuchung Reinkulturen von Staphylokokkus aureus; auch Impfung des Eiters auf eine gesunde Stelle führte zu identischer Abszeßbildung.

Eine photographische Aufnahme zeigt den Zustand.

Gückel (Kondal, Saratow).

22) W. P. Gerassimowitsch. Über den sog. Wundscharlach.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 17 u. 19.)

G. beobachtete innerhalb 6 Monaten elf Fälle von Wundscharlach in der chirurgischen Abteilung des Petersburger Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg. Er kommt zu folgenden Schlüssen betreffs des Charakters der Krankheit: Die Operierten sind zum Scharlach besonders disponiert. Die Infektion geschieht im Moment der Verwundung und wahrscheinlich durch die Wunde. Im klinischen Bilde sind charakteristisch: die Abkürzung der Inkubationsperiode (meist 4 Tage), das Prodromalfieber: entweder plötzliches Ansteigen der Temperatur kurz vor dem Exanthem, wie beim gewöhnlichen Scharlach, oder — öfter — stufenförmiges Ansteigen während 3—4 Tagen; Beginn des Exanthems und der Abschilferung von der Wunde aus; Komplikation des Wundverlaufs (meist lang dauernde Eiterung); endlich das Fehlen der Affektion des Rachens. Der Verlauf ist meist leicht; von elf Pat. starb nur einer mit Empyem. Der Scharlach ist für die Kinder eine Wundkrankheit, wie das Erysipel, der Tetanus u. a. Viele Fälle von scharlachähnlichen Exanthemen nach Seruminjektion bei Diphtherie stellen reinen Wundscharlach vor.

Gückel (Kondal, Saratow).

23) Hrach. Über einen seltenen Fall von Pyämie.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 28.)

Als Ausgangsstelle der Infektion faßt der Autor bei einem wegen Psoriasis in Behandlung befindlichen Manne zwei hellergroße, rundliche, granulierende, mit spärlichem gelblichen, klebrigen Eiter bedeckte Hautstellen auf. Verlauf nach Auftreten von über 100 Weichteilabszessen unter Schüttelfrösten mit Eiterkokken günstig.

Herm. Frank (Berlin).

24) A. A. Belogolowy. Zur Frage von den Grenzformen zwischen Rheumatismus und Pyämie.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 10.)

B. bringt zwei Fälle, die unter den Symptomen des Gelenkrheumatismus verliefen. Im ersten, einen 61jährigen Mann betreffenden Falle ging Pat. am 14. Tage der Krankheit an plötzlich einsetzender Herzschwäche zugrunde. Die Sektion zeigte Eiterung in den Kniegelenken, Pyämie und Streptokokken im Blute und im Eiter.

Der zweite Pat. war 33 Jahre alt und zeigte das B
Gelenkrheumatismus, mit Zerstörung des Gelenkknorpels
Die bakteriologische Untersuchung des Blutes und der
das Vorhandensein von Staphylokokkus albus. Schließlic
dung von Credé'scher Salbe Temperaturabfall. **Gücke**

25) **Stolz.** Über Sauerstofftherapie der Gasphleg
(Deutsche med. Wochenschrift 1903. N

Mit Rücksicht darauf, daß die Mikroorganismen bei de
strenge Anaerobien sind, behandelten Thiriar in Brüssel
seille je einen Fall mit Sauerstoff; der erstere, indem er
die Haut und in die Muskulatur der erkrankten Extremi
letztere, indem er Injektionen von Wasserstoffsuperoxyd
heilten. In der Straßburger Klinik wurde bei einem Pat.,
tion die Gasphlegmone am Oberschenkelstumpf weiter schr
folgenden Tagen je 150—200 ccm einer 2%igen Wassersto
die Haut und in die Muskulatur bis weit über das E
und Heilung erzielt.

26) **Silberstein.** Ein Beitrag zur Lehre von de
erkrankungen.
(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. I

S. beschreibt aus der Poliklinik von Joachimsth
auf Grund der klinischen Beobachtung die Diagnose auf
gestellt wurde. Die nach dem Tode des Kindes im Alt
genommene Untersuchung der Skeletteile ergab folgend
schaffenheit der Grundsubstanz des Epiphysenknorpels
ist nur mangelhaft angedeutet, die Gestalt der Zellen
Beschaffenheit der Kerne weicht auffallend von der Nor
regelmäßige Reihenbildung der hypertrophischen Knorpelze
wachstum erforderlich ist; man vermißt die regelmäßige
vom Knochen trennt. Das lymphocytenarme Markgewe
Osteoids, ist für die Beurteilung des pathologischen
mikroskopische Bild der Rippenknorpel-Knochengrenze
Vorhandensein einer echten Rachitis, die aller Wahrsch
intra-uterin bestand. Die Betrachtung der Epiphysen-Dia
jedoch ergibt außerdem Anhaltspunkte, die für eine Ch
plastica sprechen, wenngleich Abweichungen von den kl
mann's nicht zu leugnen sind. Es ist eben zu vermuten,
der Chondrodystrophie unter dem Einfluß der Rachitis
erfahren haben. **E. Sieg**

27) **Ménétrier et Gauckler.** Deux cas de maladi
avec examen anatomique.
(Soc. méd. des hôpitaux de Paris 1903. I

Zwei Fälle von Paget'scher Knochenerkrankung bei
Pat. Bei beiden waren allmählich Verdickungen und
Knochen der Extremitäten, der Wirbelsäule, den Schlüsse
aufgetreten mit primärer Umwandlung der kompakten K
giöse auf dem Wege der Resorption; sekundär füllten
Hohlräume mit sklerotischem Gewebe. Gleichzeitig w
Arteriosklerose bei beiden Kranken vorhanden, auch in de
Verff. halten die Paget'sche Knochenerkrankung für ei
fektion.

28) **Saltykow.** Beitrag zur Kenntnis des Myeloms.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXIII. p. 531.)

Bei der Sektion einer an chronischer Nephritis verstorbenen Frau von 62 Jahren fand Verf. vielfache Myelome, und zwar vier in verschiedenen Rippen. Diese unterbrachen die Kontinuität des Knochens vollkommen und waren von weicher Konsistenz. Auf dem Durchschnitt zeigten sie eine gleichmäßige, gallertige Schnittfläche. Ferner fanden sich in den meisten Brustwirbeln hirsekorn- bis erbsengroße derartige Geschwülste. Alle waren frei von Knochenbälkchen. An den übrigen Knochen konnte nichts Auffallendes gefunden werden.

Fertig (Göttingen).

29) **Sick** (Bern). Über Lymphangiome.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXII. p. 445.)

Verf. beschreibt zuerst ein Lymphangiom in einem isolierten Schleimhautkeim der Uterusschleimhaut einer 37jährigen Frau, bei welcher die Totalexstirpation des Uterus ausgeführt worden war. Zweitens ein Lymphangiom der rechten Nebenniere als zufälligen Sektionsbefund bei einer 44jährigen Frau.

Den Entwicklungsgang vieler Lymphangiome könnte man sich nach seiner Auffassung so vorstellen, daß zuerst ein isolierter Gefäßbindegewebskeim mit Proliferation neuer Lymphgefäße auftritt, sodann kommen Retentionserscheinungen: Ektasien, Cystenbildung, Neubildung von Lymphgefäßen, zuletzt vollständige Verödung des Lymphangioms, Bildung größerer Cysten, Reduktion der Wandbestandteile, event. Zugrundegehen des Endothels. Bei den Ursachen der Ektasien kommen in Betracht: 1) Stauung durch Knickung und durch teilweise Obliteration der Lichtung; 2) erhöhte Nachgiebigkeit der mangelhaft ernährten oder gelockerten Wände; 3) Sekretionstätigkeit des Endothels. **Fertig** (Göttingen).

30) **Lichtwitz.** Über einen Fall von Sarkom der Dura mater und über dessen Beziehungen zu einem vorangegangenen Trauma.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXIII. p. 380.)

Einer 36jährigen, gesunden Frau war $^3/_4$ Jahr vor dem Tode eine 5quadratzolldicke Stange auf den Kopf gefallen, so daß sie $^1/_2$ Stunde bewußtlos lag. Seit dieser Zeit war die Frau krank, es stellten sich rasende Kopfschmerzen ein, die früher niemals vorhanden waren, besonders auf der rechten Seite, Mattigkeit, Vergeßlichkeit kam hinzu, sowie Schwindelgefühl und Neigung zu Ohnmachten. Pat. magerte stark ab und erblindete schließlich. Bei der Sektion fand sich ein in der mittleren rechten Schädelgrube sitzendes Spindelzellensarkom der Dura von 137 g Gewicht.

Das Einsetzen der Krankheit kurz nach dem Trauma, die in ununterbrochener Reihe bestandenen Krankheitssymptome und die Größe des Tumors, so wie sie der supponierten Zeit seiner Entwicklung angemessen erschien, sprachen für die hohe Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs des Traumas mit der Entwicklung der Geschwulst. **Fertig** (Göttingen).

31) **Grober.** Herdsymptome bei Hydrocephalus acutus internus der Erwachsenen.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 1.)

G. berichtet aus der Jenaer medizinischen Klinik einen diagnostisch wichtigen Fall, in welchem während des Lebens die Diagnose auf Hirngeschwulst bestimmter Lokalisation sehr wahrscheinlich war, die Autopsie aber einen akuten inneren Hydrocephalus mit Ependymitis granulosa ergab. Neben den allgemeinen Erscheinungen für eine Hirngeschwulst sprachen nämlich Parese des linken Facialis, Parese des linken Hypoglossus und Krämpfe im rechten Facialis für eine Geschwulst ganz in der Nähe des vierten Ventrikels. Die Sektion aber lehrte, daß die Symptome sämtlich, trotzdem sie sich teilweise auf einzelne isolierte Nervenstämme bezogen, doch nur Erscheinungen des allgemeinen durch die Flüssigkeitsansammlung außerordentlich erhöhten Hirndrucks gewesen waren, der offenbar die

Kerne der betreffenden Nerven am Boden des vereiterter
trikels auf der nahegelegenen knöchernen Unterlage am

Ähnliche Fälle scheinen sehr selten zu sein. Als d
liegenden Prozeß nimmt G. den akuten, primären, idi
internus der Erwachsenen an, wie ihn Eichhorst ge

32) **Ali Krogius. Abgekapselter Abszeß in de
des Gehirns, einen Gehirntumor vortäusche
kleation entfernt.**

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLIV.

Bei einem vorher gesunden, 28jährigen Bauer tra
Trauma am Kopfe Reizerscheinungen von der Gehirnri
Jackson'schen epileptoiden Anfällen 3 Monate vor de
in der ersten Zeit nur den rechten Arm, später auch
Nach einem ungewöhnlich schweren Anfall trat völlige
später etwas nachließ. Dann traten auch immer me
schmerzen auf; schließlich gesellte sich dazu Facialisp
antiluetische Kur resultatlos blieb und die Schmerzen s
Agrypnie und Erbrechen den Zustand unerträglich ma
Der Sulcus Rolandi wurde mit Krönlein's Kranio
Poirier kontrolliert, ein Wagner'scher Lappen mit u
scher Fraise und Dahlgren's Zange hergestellt. D
wurde eingeschnitten und durch einen Schnitt in die G
dem Finger untersucht, wobei eine Geschwulst von
wurde. Dieselbe konnte stumpf mit dem Finger au
Kollaps machte Ätherinjektionen und intravenöse Salzv
Tamponade der Höhle und Zurückschlagen des Lappen
gehendem Cerebrospinalausfluß; allmähliche Wiederkeh
Operation verlorenen Beweglichkeit, das Kopfweh defi

Die solide Geschwulst hatte Hühnereigröße und f
Bei ihrem Durchschnitt ergab sich, daß es sich um ein
der zwei völlig getrennte, von einer glatten Membran b
die mit Eiter gefüllt waren (Staphylokokkus pyogenes

Verf. diskutiert in der Epikrise den wahrscheinlic
höhlen und kommt zur Auffassung, daß sie kryptoge
Hinsichtlich der Operationsmethode weist Verf. darau
Eröffnung des einen Abszesses in ähnlichen Fällen d
aller Wahrscheinlichkeit nach verursacht und die gan
eitelt hätte. H

33) **Schnelle. Ein Fall von otitischer Sinus- u**

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 190

Infolge Luftdruckwirkung zog sich ein Mann gele
einen akuten eitrigen Mittelohrkatarrh zu, welcher zur
fortsatzes führte. Da trotz der Aufmeißelung desse
Mittelohrs Fieber und Schüttelfröste weiter bestanden,
freigelegt und von seinem bröcklig zerfallenen Inhalt
die als schmerzhafter Strang am Halse fühlbare Vena
der noch nicht zerfallene Thrombus entfernt. Es trat He
wurde auf dem operierten Ohre in einer Entfernung v

34) **C. Compaired. Volumineux fibrome du
de l'entrée du conduit aud**

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de r

Von Geschwülsten der Ohrmuschel erwähnen die
Cysten und das Othämatom, während Fibrome äußers

konnte Verf. beobachten, überdies wurzelte dasselbe im Gehörkanal. Die Exstirpation mit folgender Naht verlief ohne Störung. Die Diagnose wurde durch mikroskopische Untersuchung bestätigt. Die Geschwulst wog 21,1 g und hatte sich allmählich im Verlauf von $1^1/_2$ Jahren entwickelt, ohne daß je eine Eiterung bestanden hätte. **F. Alexander** (Frankfurt a. M.).

35) **Hölscher.** Primäre Transplantation von Hautlappen bei der Totalaufmeißelung des Mittelohrs.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1903. Nr. 35.)

H. hat nach dem Vorgang Eschweiler's bei einer Totaloperation einer chronischen Mittelohreiterung den sklerosierten, sehr harten Knochen primär mit einem zweimarkstückgroßen Thiersch'schen Läppchen gedeckt. Spaltung der hinteren Gehörgangswand bis in den Ohrknorpel, oben T-Schnitt, Vernähen der beiden Lappen, Tamponade mit Vioformgaze, Naht der retroaurikulären Wunde. Trotz starken Geruchs der Tampons beim ersten Verbandwechsel nach 6 Tagen primäre Heilung und rasche Epidermisierung. **Mohr** (Bielefeld).

36) **O. Frankenberger.** Atresie der Nase.

(Časopis lékařů českých 1903. Nr. 13 u. 14.)

$5^3/_4$ Jahre alter Knabe, der vom ersten Anlegen an die Brust nur in Absätzen saugen konnte, schnarchte und stets mit offenem Munde und unruhig schlief; 5 Wochen nach der Geburt entstand eine Eiterung aus der Nase, die 6 Wochen andauerte. Das Schreien hatte einen stark nasalen Beiklang. Status: Knöcherne Nase breit, sattelförmig eingesunken, nur die knorplige Nase hervortretend; der harte Gaumen kuppelförmig gewölbt. 15 mm hinter den Nasenöffnungen, in der Gegend des Orificium internum, sind beide Nasenhälften durch behaarte Haut verschlossen. Von Narben findet sich keine Spur. Demnach liegt eine angeborene Atresie vor, und die Eiterung hat nur aus der Vertiefung vor der verschließenden Membran stattgefunden. Die Membran wurde beiderseits mit dem Paquelin durchtrennt; Drainage. Nach $^3/_4$ Jahr waren die Öffnungen 4 mm weit, konnten durch Gummiröhren auf 8 mm erweitert werden und gestatteten eine freie Nasenatmung.

G. Mühlstein (Prag).

37) **P. Vignard.** Epithéliome tubulé du nez d'aspect glandulaire.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 95.)

Vor 4 Jahren bemerkte der 54jährige Pat. eine kleine Geschwulst auf seinem Nasenrücken, die er auf wiederholtes Kratzen zurückführte. Seit 3 Monaten war dieselbe sehr schnell gewachsen.

Pat. trug an seiner Nasenspitze eine bis an das Nasenbein reichende Geschwulst von der Größe einer kleinen Zitrone, die die Nasenlöcher sperrte und den Mund bedeckte, so daß Trinken, Sprechen usw. sehr behindert war. Die Farbe war ziemlich gleichmäßig violett, unterbrochen von kleinen gelblichen Abszeßchen. Das Ganze war wie von einem dünnen, glänzenden Kollodiumhäutchen überzogen; die Konsistenz war schwammig; es war keine Pulsation zu fühlen. Die Geschwulst ließ sich soweit heben, daß die Nasenlöcher frei wurden. Submaxillardrüsen!

Es wurde ein Epitheliom, ausgehend von Talgdrüsen, diagnostiziert. Bei der Operation ergab sich, daß die Geschwulst eng mit den Nasenknorpeln zusammenhing, die mit entfernt werden mußten; Wundschluß durch Lappenplastik aus der Nachbarschaft. In 3 Wochen verließ Pat. das Spital.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß ein »tubulöses Epitheliom«, ausgehend vom Stratum Malpighi, vorgelegen hatte. Die Drüsen wurden nicht mikroskopiert. **V. E. Mertens** (Breslau).

38) **Coenen.** Primäre Tuberkelgeschwulst der Nasenhöhle.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 3.)

Die geschwulstartige Tuberkulose, das Tuberkulom, gilt als primäre Tuberkulose. Ein zwingender, durch die Sektion erbrachter Beweis für das primäre

Auftreten ist aber in den bisher beschriebenen Fälle
erst durch vorstehende Veröffentlichung gegeben. Di
den Gaumen perforierendes Sarkom des Oberkiefers g
des letzteren vorgenommen. Pat. ging an Schluckpne
skopisch bestand die Geschwulst aus tuberkulösem Gra
großen Riesenzellen. Die vorhandenen Verkäsungen
proliferationen und fibrösen Prozessen in den Hinte
Drüsen zeigten zahlreiche Tuberkel, Riesenzellen und
aus der Geschwulst und den Drüsen fanden sich auch
Sektion fanden sich in keinem Organ irgendwelche Zei
überstandener Tuberkulose, so daß die primäre Natur
der Nase erwiesen werden konnte. **E. Si**

39) A. Grosjean. A propos de trois cas de si consécutive à des abcès phlegmoneux prémaxill

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de r

Während in der vorrhinologischen Zeit die sog. lat
höhle, welche sich nur durch den eitrigen Ausfluß aus
oder, wie Verf. glaubt, durch eine geringere Durchsch
manifestieren, verhältnismäßig unbekannt waren, sch
prämaxillaren Eiterung begleiteten Entzündungen der
Beachtung und hatte die Vorstellung, daß der primä
Nebenhöhle das Bestreben hat, durch die vordere W
brechen. Die Vertiefung der rhinologischen Kenntnis
gedeckt und gezeigt, daß prämaxillare Abszesse fast st
und in diesen Fällen die Zahnaffektion, sei es ein
Periostitis des Alveolarfortsatzes oder eine vereiterte W
sie hat erst die prämaxillare Periostitis und die Inf
dem Wege durch die vordere Wand oder die Alveol
hierfür bringt Verf. drei Fälle von erysipelatöser Phle
die von einem Highmorshöhlenempyem gefolgt waren;
dem die Kieferhöhle noch intakt war, meint Verf., ihr
zeitiges Eingreifen verhütet zu haben. **F. Alexan**

40) D. P. Kusnetzki. Zur operativen Behandl mit Resektion eines Stückes aus dem aufsteig position eines Muskellappe

(Chirurgie 1903. Juli. [Russisc

L. operierte zwei Fälle nach Schmidt's Methode:
Stück Knochen wird aus der Mitte des aufsteigenden
Lücke ein Lappen mit oberer Basis aus dem Kaumus
Pat., ein 7jähriges Mädchen, erkrankte vor 4 Jahren
media s., die zweite — eine 30 Jahre alte Frau — v
und Kiefergelenksentzündung. Nach der Operation
2,5 cm weit geöffnet werden. — Diese zwei Fälle, verbun
in seiner Dissertation (1902, russisch) veröffentlichten,
der Methode, die leichter ist, als das Verfahren von H
Güc

41) Ferraton. Myosite ossificante progressive

(Revue d'orthopédie 1903. Nr.

Bei dem sonst typischen Falle (aber ohne Daume
der Verknöcherung der Kiefermuskulatur eingegriffen
Pterygoideus internus mußten mit ihrem Ansatzpunkt
der Mund besser geöffnet werden konnte. Die Aussic
scheinen aber nicht groß zu sein. **I**

42) **A. Sundholm.** Ein Fall von papillomatöser Umwandlung der Wangenschleimhaut.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLIV. p. 186. [Schwedisch.])

Beschreibung und Abbildung eines seltenen Falles der obengenannten Krankheit bei einem 36jährigen Fräulein, das an der Innenseite der ganzen rechten Wange eine flache, samtartig anzufühlende Geschwulst darbot. Exstirpation (Prof. Krogius) der umgewandelten Schleimhaut durch einen am Kieferrand geführten Schnitt, der die Mundhöhle freilegte; Transplantation eines Hautlappens aus dem Halsteil in den Schleimhautdefekt. — Das Mikroskop zeigt echte Papillombildung an dieser sehr ungewöhnlichen Stelle.

Hansson (Cimbrishamn).

43) **Vallas et C. Martin.** De l'action combinée des opérations autoplastiques et des appareils prothétiques pour les restaurations de la face.

(Revue de chir. Bd. XXIII. Nr. 3.)

Die Krankengeschichte veranschaulicht die Schwierigkeiten, mit denen man zu kämpfen hat, um schwere Verunstaltungen des Gesichts als Folge von Zertrümmerung durch Nahschuß zu verbessern.

Ein Soldat hatte in selbstmörderischer Absicht einen Lebelgewehrschuß in die Unterkinngegend abgefeuert, was eine Zersprengung von Ober- und Unterkiefer in mehrfache Bruchstücke mit entsprechend großer Lageveränderung derselben, sowie Verlötung der teilweise erhaltenen Zunge mit dem geschrumpften Mundboden zur Folge hatte. Das Kauen und Schlucken fester Speisen war ganz unmöglich, das Sprechen höchst unvollkommen. Der Unterkiefer zeigte eine Knochenlücke im Kinn, sein linkes Fragment war bedeutend höher gezogen als das rechte; der Oberkiefer war seitlich zusammengedrückt und nach vorn überstehend-prognath.

Zwei Versuche, die Zunge durch Exzision der Narbe und Einschlagen von Schleimhautlappen zu lösen, mißlangen. Stellung und Beweglichkeit des Unterkiefers ließen sich nur verbessern durch Resektion des linken Fragments (Teil des horizontalen und aufsteigender Ast). In weiterhin fast jahrelanger Behandlung durch allmählich verstärkten Prothesendruck gelang es, die Zungennarbe zu erweichen und zu dehnen, wodurch das Organ zum Essen und Sprechen wieder frei wurde. Schließlich wurde die Prognathie des Oberkiefers durch Resektion eines Keiles beseitigt, nachdem vorher die Zähne des nach innen verschobenen Bruchstücks entfernt worden waren einschließlich des Alveolarfortsatzes.

Dem Bericht sind wohl Abbildungen beigegeben (Moulagen und Prothesen darstellend), doch gestatten sie keine rechte Vorstellung des Geleisteten bezw. keinen Vergleich zwischen ursprünglichem und definitivem Zustand.

Christel (Metz).

44) **O. Kutwirt.** Polypus plicae salpingopharyngeae.

(Časopis lékařů českých 1903. Nr. 17.)

20jähriger Mann; Schmerzen im Halse; Gefühl als ob sich beim Schlucken etwas im Munde bewegte. In der Nase keine polypöse Degeneration oder Schleimhauthypertrophie. Von der unteren Partie der Plica salpingopharyngea hängt ein traubenförmiges Gebilde herab. Abtragung mit der galvanokaustischen Schlinge. Histologischer Befund: gefäßreiches, fibrilläres Bindegewebe; unter dem Epithel kleine adenoide Follikel; längs der Gefäße kleinzellige Infiltration (infolge beständiger Reizung). Sechster Fall in der Litteratur. Eine Abbildung.

G. Mühlstein (Prag).

45) **Milner.** Beitrag zur chirurgischen Bede
akute, chronisch rezidivierende Spondylitis
Kompressionslähmung und Purpura n

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Ch

Nach Darstellung des bis jetzt über Influenza in c
kannten schildert M. seinen Fall: Ein 18jähriger Kne
einem schweren Influenzaanfall mit Pneumonie und Del
Entzündung in der Gegend des 10.—12. Brustwirbels m
hafter Weichteilsschwellung und teilweiser Lähmung
eine Spondylitis am Wirbelbogen. Die Erscheinungen
kleinen, etwas empfindlichen Knoten in loco und leichte
Nach einem Jahre erst zeitweise, dann dauernde all
aller Erscheinungen; neben häufiger auftretenden Pur
vollständiger spastischer Lähmung beider Beine. Die
wirbel wird zu einer geschwulstartigen Schwiele, welch
als entzündlichen Ursprungs erweist. Anzunehmen ist,
im Wirbelkanal auf das Rückenmark drückte. Später
es bleibt nur eine gewisse Steifigkeit des linken Beine

M. weist besonders auf die Ähnlichkeit hin, welch
mit der Spondylitis typhosa hat. Der Fall zeigt von
und spät auftretende Prozesse durch Infektionskrankhei

46) **Kirmisson.** Enorme gibbosité dorsale chez
subi, cinq ans auparavant, un redressement
étendue des apophyses épineuses pour u

(Bull. et mém. de la soc. chir. de Paris T.

Der 11jährige Knabe war im Alter von 6 Jahren w
operiert, die Wirbelsäule nach Resektion mehrerer D
dressiert worden. Die Nachbehandlung wurde 3 Jahr
selbst, später von einem seiner Schüler geleitet. Trot
enormen Rezidiv der Kyphose und hochgradiger Dyspnoe

47) **Wohrizek.** »Korrektor«, Apparat für die k
der Rückgratsdeformitäte

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallc

Verf. beschreibt für die Behandlungen der Rückg
neuen Apparat, den Korrektor, der nach dem Prinzip
schen Verfahrens entgegen der dauernden Entlastung
lange wirkende, willkürlich asymmetrische Belastung
säulenabschnitts herbeiführt. Durch die Anwendun
namentlich der praktische Arzt in die Lage versetzt
handlung der Skoliose durchzuführen. Die Arbeit ent
die Konstruktion und Anwendung des Apparates illust

48) **Muthmann.** Über einen seltenen Fall vo
Wirbelsäule.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXII.

Die 61jährige Frau war mit Schmerzen und Kältegef
etwa 1 Jahr vor ihrem Tode trat eine Paraplegie der
Im Bereich der Brustwirbelsäule war eine druckschmer
Bei der Sektion fand sich ein kavernöses Angiom im
Geschwulst hatte das Rückenmark komprimiert und wa
durchgebrochen.

49) **Henschen.** Kann eine Rückenmarksgeschwulst spontan zurückgehen?

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

Ein Mann bemerkte im Alter von 26 Jahren multiple Geschwülste, von denen einige im Laufe der Zeit exstirpiert wurden; sie stellten sich als Pseudoneurome heraus. Im Alter von 39 Jahren trat Steifheit und Empfindlichkeit im Nacken auf, dann Steifheit im rechten Knie. Es kamen Sensibilitätsstörungen im rechten Arme dazu, heftige Krämpfe im ganzen Körper mit gesteigerten Reflexen, dann allgemeine Parese in Armen, Rumpf und Beinen mit Herabsetzung der Sensibilität. Allmählich trat völlige Genesung ein. H. kommt nach Erwägung aller in Betracht kommenden Momente zu dem Schluß, daß es sich um eine Geschwulst an der rechten Seite des Cervicalmarks gehandelt habe; mit größter Wahrscheinlichkeit ist dieselbe, ebenso wie die Geschwülste an den anderen Körperstellen, ein Pseudoneurom gewesen, dessen lockeres, fettreiches Gewebe in besonderem Grade einer Resorption fähig ist. Der Fall scheint in der Literatur einzig dazustehen und beweist, daß eine Rückenmarksgeschwulst in der Tat spontan zurückgehen kann. **Haeckel** (Stettin).

50) **Bartels.** Über Erkrankungen der Cauda equina im Gefolge von Tuberkulose der Symphysis sacroiliaca und der angrenzenden Beckenknochen.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

Gestützt auf zwei in der Straßburger psychiatrischen Klinik beobachtete Fälle und das spärliche in der Literatur vorhandene einschlägige Material entwirft B. in sehr sorgfältiger neurologischer Analyse ein Bild der nervösen Störungen, welche bei Tuberkulose der Symphysis sacroiliaca durch Fortkriechen der Entzündung vom Knochen auf die Dura mater entstehen. Wenn auch Autopsien in den beiden ausführlicher geschilderten Fällen fehlen, so drängt doch alles zur Annahme, daß eine Pachymeningitis caseosa auf die Nerven der Cauda equina drückte. Da die Diagnose der Tuberkulose der Symphysis sacroiliaca oft nicht leicht ist, so wird durch genaue Beobachtung der genannten nervösen Störungen oft ein wertvoller diagnostischer Anhalt gewonnen werden können.

Haeckel (Stettin).

51) **Rayne.** Traitement du goître par l'eau destillée comme boisson.

(Bulletin méd. 1903. Juli 22.)

Ausgehend von dem Gedanken, daß der endemisch vorkommende Kropf Beziehungen zum Trinkwasser hat, hat R. in drei Fällen von umfangreichem Kropfe mit Atmungsbeschwerden, welche den gewöhnlichen Behandlungsmethoden widerstanden, den Kranken geraten, nur destilliertes oder Regenwasser zu trinken. Der Erfolg war überraschend; bei einer jungen Frau verschwand der Kropf vollständig in 6 Wochen; bei einem Pat. in den 40er Jahren verminderte sich der Geschwulstumfang in 8 Monaten um die Hälfte, und die Atmungsbeschwerden hörten ganz auf. Der dritte Fall ist noch nicht abgeschlossen, der Umfang der Geschwulst geht rasch zurück. **Mohr** (Bielefeld).

52) **P. Sebileau.** Sur un os copulaire hyo-thyroidien.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. T. XXVII. Nr. 4.)

S. beschreibt eine seltene Mißbildung, die insofern ein gewisses Interesse für den Chirurgen bietet, als sie bei Eingriffen am Kehlkopf zu Überraschungen führen konnte.

Es handelt sich um eine »Copula«, d. h. um eine 2 cm lange Knochenspange, die vom Tuberculum des Zungenbeines nach abwärts bis zur Mitte des Schildknorpels zieht. Sie stellt nach S. einen Rest des Kiemenbogenapparates dar.

Hinsberg (Breslau).



53) **Brindel.** Sarcome à myeloplaxes de l'épig voies naturelles. Recidive sur le voile palais. au thermocautère. Guéris

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de rh

Echte Geschwülste des Kehldeckels sind an sich Karzinome kommen bei weitem öfter vor als Sarkome. heit bietet der vorliegende Fall einige erwähnenswert Pat. erkrankte an Diphtherie, in deren Verlauf erst Zungengrund und Epiglottis ausfüllende Geschwulst hatte geringe Schluckbeschwerden und eine kaum ber Stimme verursacht. Wohl unter dem Einfluß der dip es zu einer partiellen Gangrän der Geschwulst. Nach gut bewegliche, an der aryepiglottischen Falte nahe dem Geschwulst mit der heißen Schlinge, 6 Wochen später ei am Gaumensegel mit der schneidenden Zange entfernt. divierten im Laufe der nächsten 9 Monate und wurden Wege thermokaustisch exstirpiert. Zeitweilig auftreten zu einer spezifischen Kur, die aber erfolglos verlief, An skopische Untersuchung ergab ein Spindelzellensarko fanden sich außerdem Riesenzellen. Gewagt dürfte es dem letzten Rezidiv von einer Heilung zu sprechen.

F. Alexan

54) **Scheppegrell.** Un cas de cancer du larynx, g

(Revue hebdom. de laryngologie, d'otologie et de rh

Die ulzerierte Geschwulst, die die ganze linke Ke schon zu einer Bewegungsbeschränkung des linken Cri führt hatte, wurde nicht operativ in Angriff genommen, jede chirurgische Maßnahme ablehnte. So entschloß si die äußere Haut der betreffenden Gegend einwirken 20 Sitzungen zu 20 Minuten in einer Entfernung von 15 wesentliche Besserung; nach 4wöchentlicher Pause aberm teren Fortschritten im Befinden des Pat. Das Allgem Geschwulst verschwand zum größten Teile, und die Stimmbandes veranlaßte Aphonie wurde durch Kompe geglichen. 4 Monate nach Beginn der Behandlung mi Pat. in einem vorzüglichen Zustande! **F. Alexan**

55) **Kredel.** Über Fremdkörper in den Luftw

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chir

K. knüpft an eine Arbeit Hoffmann's an, welc dann bei einem in einem Bronchus steckenden Fremdkörp Extraktionsversushe machen, wenn man mit einem Sp wunde aus den Fremdkörper sehen könne. K. führt m ihm die Extraktion gelang, ohne daß jene Forderung er leistete ihm dabei die Roser'sche Drahtöse, in beson einem in einem Bronchus steckenden Nagel. Derselbe erst packen, nachdem er mit der Drahtöse etwas mobili

Sodann gibt K. einen sehr instruktiven Fall, der ze eine rein exspiratorische Dyspnoe machen kann, währ frei ist — eine Tatsache, die ganz unbekannt zu sei aber von großer Wichtigkeit ist; denn hier hätte die T wirken können. Die Sektion ergab eine stark gequol unter der Glottis lag, diese bei der Exspiration verschl Luft aber völlig frei passieren ließ, so daß das vollkom asthma zustande kam. Da die Inspiration völlig frei Bohne unbekannt war, wurde die Tracheotomie unterla

Endlich führt K. noch ein Unikum an: ein Nagel hatte sich zwischen Zungenbein und Epiglottis eingebohrt und machte plötzlich Erstickungserscheinungen durch Druck auf die Epiglottis, als man versuchte, den Nagel vom Munde aus zu extrahieren. Es wurde sofort der Hautschnitt zur Tracheotomie gemacht. Dabei traf man unter der Haut auf die Spitze des Nagels und konnte ihn nach dem Rachen zurückschieben; vom Munde aus konnte er nun leicht extrahiert werden. Die Atmung wurde frei, das Kind genas. **Haeckel** (Stettin).

56) Schüller. Zur lokalen Behandlung interner Affektionen.

(Klin.-therapeut. Wochenschrift 1903. Nr. 7.)

Krankengeschichte eines Falles von chronischer »Hepatisation« der Lunge im Anschluß an einen Lungenabszeß nach Influenza, der durch Punktion entleert wurde. S. injizierte an mehrere Stellen in die indurierte Lungenpartie 120—130 g sterile Kochsalzlösung und sah danach die Pat. genesen. Er schlägt vor, bei »verzögerter Rückbildung pneumonischer oder sonst entzündlich infiltrierter Lungen, noch mehr in Fällen sog. käsiger Pneumonie« sterile Kochsalzinjektionen zu versuchen. **Müller** (Dresden).

57) S. Szcypiorski (Mont-Saint-Martin). Gangrène en bloc du lobe pulmonaire supérieur gauche.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 98.)

Der 49jährige Fabrikarbeiter wurde von einer Entzündung des linken oberen Lungenlappens befallen. Der Auswurf wurde reichlich, schleimig, war aber nie stinkend. S. resezierte wegen eines angenommenen interlobären Abszesses die 6. Rippe. Nach Inzision der verdickten Pleura fand er eine mit nicht stinkendem Eiter gefüllte Höhle, die er drainierte. Ungefähr 15 Tage später zog er beim Verbandwechsel den oberen, anthrakotischen Lungenlappen als nekrotischen, nicht stinkend riechenden Klumpen aus der Wunde.

Pat. ging bald darauf septisch zugrunde.

Der gänzliche Mangel allen Gestanks von seiten des Auswurfs und des nekrotischen Gewebes wird vom Verf. in Zusammenhang gebracht mit dem jahrelangen Einatmen des Kohlenstaubs der Fabriken. **V. E. Mertens** (Breslau).

58) Kashiwamura. Vier Fälle von primärer Lungenaktinomykose.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXI. p. 278.)

59) Fütterer. Ein Fall von Aktinomykose der Lunge, der Leber und des Herzens beim Menschen.

(Ibid. p. 257.)

Die vier Fälle der ersten Arbeit kamen im pathologischen Institut des Krankenhauses am Friedrichshain zur Sektion. Bei zwei davon hatte die Erkrankung mit katarrhalischen Lungenerscheinungen und Pleuritis begonnen, und bei der Nekropsie waren außer im Respirationstraktus keine weiteren Veränderungen aktinomykotischer Natur nachweisbar. In den beiden anderen Fällen war das erste klinische Symptom ebenfalls Pleuritis, aber es fanden sich hier noch aktinomykotische Veränderungen im subpleuralen und retropleuralen Gewebe, ferner in den Wirbelknochen. Metastasen waren in zwei Fällen vorhanden. Anhaltspunkte dafür, daß die Speiseröhre als Eingangspforte der Erkrankung gedient hatte, fehlten.

In F.'s Fall hatte die Einbruchspforte der Pilze wahrscheinlich im rechten Unterlappen gelegen. **Fertig** (Göttingen).

60) J. Bouglé. Plaie du coeur par balle de revolver. Suture du coeur et du péricarde. Hématothorax par blessure du hile pulmonaire. Mort.

(Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris Année LXXII. T. III. Nr. 2.)

Die Mitteilung ist beachtenswert aus folgenden Umständen:

1) hatte sich direkt nach der Schußverletzung Pneumothorax eingestellt; die

Befürchtung, denselben unbeabsichtigt zu erzeugen, fiel d
des Herzens fort;

2) wurden hierbei zum erstenmal Schußwunden des
schuß) vernäht, der Ausschuß rückwärts von der Spitze;

3) fand sich bei der Autopsie — der Verletzte starb
Lungenarterie — im Schußkanal des Herzens der Kartonpfr

Die Wunde am Lungenhilus hatte B. nach dem Vorb
tels Jodoformgazetamponade zu verschließen versucht, oh
folg. Höchstwahrscheinlich jedoch würde im vorliegender
im Herzen letale Sepsis herbeigeführt haben.

61) **Patel et Cavaillon.** Plaie non pénétrante d

(Bull. méd. 1903. p. 291.)

Zwei Revolverschüsse gegen die Herzgegend, Haut
Hämothorax, keine schweren Allgemeinerscheinungen. N
rung plötzlicher Tod am 10. Tage unter starker Häm
Frische Blutung in der linken Pleurahöhle, wahrscheinl
Lungenschußwunde verursacht, daneben alte Blutgerinnsel
an zwei Stellen durchschossen, kein Erguß im Perikard
fläche des Herzens zwei runde Depressionen, welche mit
stehen, aber nicht mit dem Ventrikelhohlraum, also e
Myokards.

62) **Engländer.** Ein Fall von einseitiger diffuse
trophie bei einer Frau.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901. Nr

Der Fall betraf eine 33jährige Pat., deren Mutter gl
größere rechte Brust besitzt. Beginn des Leidens scho
Zunahme innerhalb zweier Schwangerschaften.

Die rechte Brust hängt bis zum Nabel herab. De
Wirbelsäule bis zur Mittellinie durch die Mamilla beträgt
Jodkali war ohne Erfolg. Operation wurde abgelehnt.

63) **Ebbinghaus.** Isolierte regionäre Achseldrüse
moren der weiblichen Mamma, nebst Bemerkung
der Milchdrüsentuberkulose.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXI. p. 4

Verf. beschreibt zwei Fälle von gutartigen Brustdrüsen
adenom und ein Myxofibrom), bei welchen sich zugleich
drüsentuberkulose fand, und zwar war diese keine Teilersch
Lymphdrüsentuberkulose, sondern eine völlig isolierte, au
betreffenden Geschwülste beschränkte Erkrankung. Auch
weder eine bösartige, noch tuberkulöse Partie zu konstati
befanden sich im Alter von 42 und 57 Jahren, und wa
schwülste, kombiniert mit Lymphdrüsenschwellung, die Di
schwülste gestellt worden, was sich aber durch die Ope
Untersuchung als falsch erwies. Es handelte sich nach
um eine zufällige Kombination zweier verschiedener Affekt
kulose vielleicht infolge der durch die Neubildungen herv
in den Lymphbahnen von einer latenten zur offenen gewo

Originalmitteilungen, Monographien und Se
man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 1
handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbe

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 43. **Sonnabend, den 24. Oktober.** **1903.**

Noch Einiges über das salzsaure Anästhesin als örtliches Betäubungsmittel.

Von

Oberstabsarzt Dr. **Dunbar** in Deutsch-Eylau.

Die ersten Versuche, welche ich mit dem salzsauren Salz des p.-Amidobenzoesäureesters zur Erzeugung örtlicher Betäubung bei chirurgischen Eingriffen mittels der Schleich'schen Infiltrationsmethode anstellte und seinerzeit veröffentlichte[1], liegen nunmehr schon weiter als ein Jahr zurück. In dieser Zwischenzeit hatte ich nun reichlich Gelegenheit, ausgedehnteren Gebrauch von dem Mittel zu machen und habe dies getan, indem ich sowohl die ursprüngliche Zusammensetzung in Verbindung mit Kochsalz und Morphium an-

[1] Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 20.

wandte, als auch eine lange Reihe anderer Kombinationen zu Versuchszwecken wählte, in denen das HCl-Anästhesin von 0,05 bis zu 0,25% schwankte und der Kochsalzzusatz in den Grenzen von 0,1 bis 1,0% sich bewegte. Das Morphium schaltete ich indessen, da es mir entbehrlich schien, bald aus, zumal auch die Lösung hierdurch von einem Narkotikum befreit wurde.

Aus den zahlreichen Versuchen, welche in Anbetracht der hochgradigen Empfindlichkeit des Mittels gegen alkalische Einflüsse — selbst die manchen Glasarten anhaftende Alkaleszens vermag das salzsaure Anästhesin zu alterieren — und angesichts der verschiedenartigen individuellen Reaktion erforderlich waren, begrenzte sich schließlich die Auswahl der verschiedenen Dosierungen in der Hauptsache auf die 0,25, die 0,1 und die 0,05%ige HCl-Anästhesinlösung. Auch wurde die 0,25%ige Anästhesinlösung bei 0,9%igem Kochsalzzusatz mit Erfolg angewandt, wenngleich die letztere für entzündete Gewebe sich als durchaus unbrauchbar erwies. Im normalen Gebiet zeigte sich diese Lösung, obwohl sie stärkere Hyperämie erzeugte, doch frei von subjektiven Reizerscheinungen. Der genau normierte Kochsalzgehalt von 0,9%, welcher auch in rein wäßriger Lösung, ohne jeden anderen Zusatz, keinerlei subjektive Irritation im Gefolge hat, scheint also in diesem Falle eine gewisse physiologische Bedeutung zu haben, während die Präzisierung der Anästhesinbeigabe keine so erhebliche Rolle spielt, ebenso wenig wie dies in den anderen Lösungen der Fall ist; ein Körnchen des Salzes mehr oder weniger ist nicht von Belang. Anders dagegen verhält sich die Sache in den Lösungen mit 0,2%igem Kochsalzzusatz; in diesen ist letzterer der spezifisch anästhesierende Faktor, wie ja Schleich dieses Kochsalzverhältnis als eigentliches Vehikel seiner anästhesierenden Lösungen eingeführt hat[2]. Wie in diesen durch das Kokain, so wird in obiger Lösung durch den 0,05%igen Anästhesinzusatz dem Eintreten von recht empfindlichen Parästhesien vorgebeugt.

Über meine ursprüngliche Lösung (Anaesthesin. hydrochl. 0,25%, NaCl 0,15%) habe ich seinerzeit berichtet. Die Nachprüfung derselben durch Rammstedt[3] hat meine Beobachtungen bestätigt. Ich habe dieselbe weiterhin vielfältig und mit gutem Erfolge angewandt, wenngleich einige Fälle mit Reizerscheinungen, welche den Wundverlauf aber nicht sonderlich störten, einhergingen.

Zur Vermeidung der an zarten und empfindlichen Hautstellen bisweilen eintretenden und durch den lokalen Druck in Gemeinschaft mit der immerhin etwas reizenden Substanz erzeugten Irritation der Epidermis erschien es mir von Vorteil, den endermatischen Quaddeln je nur eine solche Ausdehnung zu geben, welche dem Inhalt etwa einer viertel bis halben Pravaz'schen Spritze (also einem viertel bis halben Kubikzentimeter) entsprachen, während zur perkutanen Ödemi-

[2] Schleich, Schmerzlose Operationen. 4. Aufl. p. 161.
[3] Zentralblatt für Chirurgie 1902. Nr. 38. p. 999.

sierung der tieferen Schichten eine engere Begrenzung des Injektionsquantums nicht erforderlich war.

Hervorheben möchte ich noch einmal die 0,2%ige Kochsalzlösung in Verbindung mit minimalem HCl-Anästhesinzusatz (etwa 0,05%, mit welcher ich zwar erst seit kurzem operiere, aber jedesmal befriedigende Resultate erzielte, wie unter anderem bei Mastitis, Atheromen, Anfrischung von Schnittwunden und Vereinigung derselben durch Naht, Radikaloperation eines eingewachsenen Nagels, Tränensackexstirpation, Lidspaltenerweiterung, Chalazionoperationen.

Die Wundheilung erfolgte stets durch erste Verklebung, objektive sowie subjektive Reizerscheinungen fehlten gänzlich, auch trat kein Nachschmerz ein.

Diese Lösung (Anaesthes. hydrochl. 0,05, NaCl 0,2, Aq. dest. 100,0) möchte ich namentlich für die Ödemisierung der oberflächlichen Gewebsschichten anzuwenden und event. für die tieferen Lagen des Operationsgebietes die ursprüngliche Zusammensetzung (Anaesthesini hydrochl. 0,25, NaCl 0,15, Aq. dest. 100,0) zu Rate zu ziehen empfehlen.

---

1) Handbuch der Anatomie des Menschen. Herausgegeben von Karl v. Bardeleben. 8. Lief. Harnorgane. Von Prof. Dr. J. Disse. 170 S., 86 Abbildungen im Text. — 9. Lief. Atmungsorgane. Von Friedrich Merkel. 182 S. 89 Abbildungen im Text. — 10. Lief. Fortsetzung von: Makroskopische und mikroskopische Anatomie des Gehirns. Von Prof. Dr. Th. Ziehen. 173 S., 123 Abbildungen im Text.

Jena, Gustav Fischer, 1903.

Durch die drei neuen Lieferungen hat das groß angelegte Handbuch der Anatomie von K. v. Bardeleben einen erheblichen Fortschritt erfahren. Die 10. Lieferung enthält die Fortsetzung der in der siebenten begonnenen und in diesem Blatte seinerzeit gebührend gewürdigten Darstellung der Anatomie des Zentralnervensystems von Ziehen und behandelt speziell die makroskopische Anatomie des Hinterhirns (Pons und Cerebellum), sowie von der des Mittelhirns einen Teil. Die Durcharbeitung des Stoffes sucht ihres Gleichen an Ausführlichkeit und Gründlichkeit; die ältere wie die neuere und neueste Literatur sind eingehend berücksichtigt. Die Vielseitigkeit der Darstellung wurde schon in dem früheren Referate hervorgehoben.

Die Anatomie der Harnorgane von J. Disse, die die 8. Lieferung bildet, hält sich in sehr viel engeren Grenzen, und stellenweise wäre wohl etwas größere Ausführlichkeit erwünscht gewesen. Dies gilt auch bezüglich der beigefügten Abbildungen; so würde Ref. eine Vermehrung der Bilder zur makroskopischen und topographischen

Anatomie der Niere, ein Übersichtsbild des gesamten Nierendurchschnittes zur Erläuterung der Schilderung auf p. 30 u. ff., Darstellung der Blase und ihrer Muskulatur und manches Andere befürwortet haben. Demgegenüber mag besonders für die Leser des Zentralblattes hervorgehoben sein, daß die Topographie der Blase textlich wie bildlich eine ausführliche Schilderung gefunden hat.

Die Anatomie der Atmungsorgane von F. Merkel, die die 9. Lieferung enthält, vereinigt in glücklicher Weise inhaltliche Vollständigkeit und Vielseitigkeit mit Knappheit der Darstellung. Daß stellenweise Text und Abbildungen aus des Autors großer topographischer Anatomie herangezogen sind, ist wohl eigentlich selbstverständlich; im übrigen ist die deskriptive Darstellung in dem neuen Werke eine sehr wertvolle Ergänzung der Schilderung in der topographischen Anatomie.

Bei dem bisherigen Mangel eines anatomischen Handbuches, das den Leser in den Stand setzt, in besonderen ihn interessierenden Fragen auch die sich widersprechenden Anschauungen kennen zu lernen und dieselben literarisch weiter zu verfolgen, ist dem v. Bardeleben'schen Handbuch, das diese Lücke ausfüllt, wohl die weiteste Verbreitung sicher. **E. Gaupp** (Freiburg i. B.).

---

2) **W. Spalteholz.** Handatlas der Anatomie des Menschen. Mit Unterstützung von Wilhelm His. III. Band.

Leipzig, 1900—1903.

Die Vollendung des S.'schen Atlas wird gewiß von allen mit großer Freude begrüßt werden, die sich die bisher erschienenen Teile angeschafft haben. Der dritte Band behandelt die Lehre von den Eingeweiden, dem Nervensystem und den Sinnesorganen in mehr als 400 zum Teil mehrfarbigen vortrefflichen Abbildungen. Zur Empfehlung des S.'schen Atlas noch etwas zu sagen, ist überflüssig Angesichts der Tatsache, daß von den ersten Bänden bereits Neuauflagen nötig wurden, und daß mehrere Übersetzungen in fremde Sprachen teils bereits erschienen sind, teils vorbereitet werden. So kann dem nun vollendeten Werke, das eine Zierde der deutschen medizinischen Literatur bildet, auch für die Zukunft ein wohlverdienter glänzender Erfolg bei jungen und alten Ärzten von Herzen gewünscht und auch vorhergesagt werden.

E. Gaupp (Freiburg i. B.).

---

3) **W. Kolle** und **A. Wassermann.** Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Lieferung 9—12.

Jena, **Gustav Fischer,** 1903.

Die vorliegenden Hefte enthalten die Darstellung einer Reihe für die Praxis wichtiger Affektionen. So des Tetanus (von Lingelsheim in Marburg), des malignen Ödems (von Jensen in Kopen-

hagen), der Bakterien, der Fleischvergiftungen (von Ermengen in Gent), der Diphtherie (von Beck in Berlin), der Aktinomykose (von Schlegel in Freiburg) und der Cholera asiatica (von Kolle in Berlin). Außerdem finden die pathogenen Protozoen, aus deren Rahmen die Malaria, Hämosporidien und Hämoglobinurie der Rinder bereits früher erörtert wurden, eine eingehende Darstellung durch Doflein in München und Prowazek in Rovigno.

Neben dem praktischen Wert der genannten Abhandlungen ist von bedeutendem Interesse der den jeweiligen Kapiteln vorangeschickte historische Überblick, der besonders dazu geeignet erscheint, uns deutlich vor Augen zu führen, in welch kurzer Zeit es der experimentellen Bakteriologie gelungen ist, sich zu einer Höhe emporzuschwingen, die sie heut als unentbehrliches Agens in der gesamten Medizin erscheinen läßt.

Daß außer der überall in vollkommenstem Maße berücksichtigten und zitierten Literatur auch die beigefügten Abbildungen einer besonderen Hervorhebung bedurften, ist bereits bei Gelegenheit früherer Besprechungen erwähnt worden. Für die vorliegenden Hefte sei aber noch ganz besonders auf die dem Kapitel über Aktinomykose beigefügten Bilder hingewiesen, die wohl das Vollkommenste darstellen, was wir von Abbildungen überhaupt erwarten können.

Silberberg (Breslau).

---

4) **A. Dönitz.** »Kokainisierung des Rückenmarks« unter Verwendung von Adrenalin. (Aus der kgl. chirurgischen Universitätsklinik in Bonn.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 34.)

Die von D. im Auftrage von Prof. Bier an Katzen angestellten Versuche ergaben, in Bestätigung der dem Adrenalin von Braun nachgerühmten Wirkung, daß dieses Mittel die Giftigkeit des Kokains erheblich vermindert und die Kokainanästhesie wesentlich steigert. Das Adrenalin wurde den Tieren entweder vorher oder gleichzeitig mit dem Kokain in den Lumbalsack eingespritzt; bei den Versuchen der ersteren Art wurde die Giftigkeit des Kokain auf $^1/_5$, bei denen letzterer Anordnung auf $^1/_3$ herabgedrückt. Auch beim Menschen wurden gleiche Resultate erzielt. Zuerst wurden 0,5 ccm Adrenalin (1 : 1000) mit der gleichen Menge Wasser injiziert, darauf 0,0075—0,015 Kokain eingespritzt; in allen Fällen trat eine sehr gute Anästhesie ein, ohne daß unangenehme Nebenerscheinungen bedenklicherer Natur zu beobachten waren. D. nimmt schon jetzt als sicher an, daß die Adrenalin-Kokainanästhesie des Rückenmarks ein sehr viel wirksameres und milderes Verfahren darstelle, als die frühere Anästhesie mit reinem Kokain oder einem seiner Ersatzmittel. (s. Braun's Abhandlungen im Zentralblatt für Chirurgie 1903 Nr. 38. Ref.)

Kramer (Glogau).

---

5) **Jordan.** Die Exstirpation der Milz, ihre Indikationen und Resultate (an der Hand von 6 erfolgreichen Splenektomien).

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XI. Hft. 3.)

Die Milzexstirpation ergab in den Jahren 1891—1901 eine Sterblichkeit von 19%; viel günstiger lauten die Resultate, wenn man die Erfolge der Splenektomie für die einzelnen Erkrankungsformen gesondert betrachtet. Dies weist J. im Anschluß an 6 von ihm stets mit günstigem Erfolge operierte Fälle nach, nachdem er vorher dargelegt, daß der Verlust der Milz keine schädlichen Folgen hinterläßt, daß die danach beobachteten Störungen in der Blutbildung nur vorübergehende und von keinen ernsten Folgen für den Organismus begleitet sind.

Bei den Verletzungen der Milz ergibt die Splenektomie sehr gute Resultate; es liegen 28 Fälle von Heilung nach Entfernung der vorgefallenen Milz und 29 nach Exstirpation der subkutan zerrissenen Milz vor, denen J. einen neuen eigenen hinzufügt.

Wegen einfacher, nicht parasitärer Milzcysten wurde 8mal die Exstirpation, stets mit Erfolg, ausgeführt. J.'s eigener Fall betrifft eine 4 kg schwere reine Blutcyste, die, vom Innern der Milz ausgehend, zu fast vollständigem Schwinden des Parenchyms geführt hatte.

Bei Echinokokkus der Milz ist 17mal, darunter 1mal von J. selbst, die Splenektomie gemacht worden, mit zwei Todesfällen, deren einer noch aus der vorantiseptischen Zeit stammt.

Wegen primären Sarkoms wurde 5mal die Milz exstirpiert, stets mit Erfolg. J.'s eigener Fall starb $1^1/_4$ Jahr nach der Operation an Rezidiv und Metastasen in der Bauchhöhle.

Splenektomien wegen Leukämie sind stets tödlich verlaufen; die drei in der Literatur angeführten Fälle von angeblicher Heilung halten der Kritik nicht stand; es handelte sich nicht um Leukämie. Bei lienaler Pseudoleukämie ist gleichfalls die Exstirpation zu verwerfen; in zwei operierten Fällen (Burckhardt, Kümmell) wurde nur eine ganz vorübergehende Besserung erzielt, das Leiden aber nicht geheilt.

Bei der Malariamilz ist die Splenektomie berechtigt und verspricht bei genügender Auswahl der Fälle einen günstigen Heilerfolg; 8,7% Sterblichkeit.

Wegen einfacher idiopathischer Hypertrophie der Milz hat J. 2mal mit günstigem Ausgang das Organ exstirpiert, darunter 1mal unter gleichzeitiger Cholecystostomie wegen Cholelithiasis. In 10 diagnostisch einigermaßen sicheren Fällen aus der Literatur erfolgte gleichfalls Heilung. **Haeckel** (Stettin).

6) **Fink.** Erfolge der Karlsbader Kur und der chirurgischen Behandlung des Gallensteinleidens.

Wien, **Wilhelm Braumüller,** 1903.

F. verfolgt bei der dem verstorbenen Gussenbauer gewidmeten Arbeit die Absicht, »die Grenze zwischen balneologischer und chirurgischer Behandlung und den Zeitpunkt zu bestimmen, wann die erstere aufhören und die letztere anfangen soll.« In ihrem ersten Teil berichtet er über die Erfolge der Karlsbader Kur, im zweiten über die der chirurgischen Behandlung. Den Schluß bilden die zum Teil sehr ausführlichen Krankengeschichten der von ihm operierten Fälle.

Bei der Besprechung der thermalen Kurerfolge gebraucht er zurückhaltend statt Heilung den bezeichnenden Ausdruck Latenz und legt besonderen Wert auf die erzielten Dauerfolge, zu denen er allerdings schon eine zweijährige Latenz zählt. An der Hand von 375 eingelaufenen Berichten der von F. in Karlsbad thermal behandelten Fälle bekommt er einen Dauererfolg bei 188, d. i. bei 64%. Dabei kommt er zu der Erkenntnis, daß der Kurgebrauch in Karlsbad nicht früh genug erfolgen könne und daß er häufiger wiederholt werden müsse. Verf. steht weder auf dem rein internen noch rein chirurgischen Standpunkt der Therapie und entscheidet von Fall zu Fall, indem er allerdings die Operation nur bei den schwersten Fällen zur Anwendung bringt. Trotzdem hat er bei 40 von 48 operierten Fällen, d. i. in 83,33%, Heilung erzielt.

Vergleicht man die von F. beigebrachten Prozentzahlen der Kur- und Operationsdauererfolge, 64% gegen 83,33%, und berücksichtigt man, daß bei ersteren schon eine Latenz von zwei Jahren mitgerechnet ist, daß bei letzteren dagegen nur die schwersten Fälle, bei denen zum weitaus größten Teil die Karlsbader Kur versagte, in Frage kommen, so muß man zu der Überzeugung kommen, daß die operativen Dauererfolge die weitaus besseren sind. Allerdings wird dieser Erfolg mit einer nicht unbedeutend größeren Mortalität erkauft. F. selbst ist bei der Behandlung der Gallensteinkrankheit, wie er es hervorhebt, immer konservativer geworden. Ohne daß man alle Ansichten des Verf. zu teilen braucht, ist die Lektüre seiner Arbeit sehr empfehlenswert, da in ihr die Erfahrungen eines Arztes niedergelegt sind, der die Vorzüge und Mängel der thermalen und operativen Therapie der Gallensteinkrankheit wie selten einer kennen gelernt hat.

Müller (Dresden).

---

8) **F. Dévé.** Sur les rapports des kystes hydatiques du foie avec le système veineux cave.

(Bull. et mem. de la soc. anatom. de Paris LXXVIII. année. 6. sér. Nr. 3.)

Den Beziehungen zwischen Leberechinokokken und der Hohlvene bezw. ihren Leberästen ist, obwohl sie großes Interesse beanspruchen, bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Die wenigen Be-

merkungen, womit sie in den Lehrbüchern abgespeist werden, reichen nicht hin, den Gegenstand genügend zu beleuchten. An einer Reihe eigener und von Sammlungspräparaten konnte D. manche Punkte von Wichtigkeit studieren, und er berichtet folgendes:

Größere Echinokokkenblasen der Leber sind oft von der Vena cava bezw. Vena hepatica nur durch dünne Schichten von $1^1/_2$—2 mm getrennt. Dabei ist die Vena cava meist nur abgeplattet, von gesundem Endothel ausgekleidet; selten ist sie ganz verödet, noch seltener besteht teilweise Verwachsung der gegenüberliegenden Venenwände. Die Kompression der Vena cava verrät sich mitunter durch Ödeme und Ascites, kann auch ohne jede Stauungsanzeigen verlaufen. Etwa 11mal ist ein Durchbruch — nicht vereiterter — Echinokokken in das Hohladersystem (Stamm der Vena cava) beobachtet mit fast momentanem Tode, der unter dem Bild der Lungenembolie eintrat. Die Öffnungen in der Gefäßwand waren — so oft beschrieben — meist beträchtlich, so daß gleichzeitig große Ergüsse von (toxinhaltiger?) Blasenflüssigkeit und makroskopischer, massiger Einbrüche von Membranen und Blasen in den Kreislauf bezw. die Lungen zustande kam. 5mal erfolgte der Durchbruch spontan, 6mal waren Traumen (3mal davon chirurgische) die Veranlassung.

Zweifellos aber kommen auch kleine Zerreißungen der Venenwand zustande, bei denen nur mikroskopische Elemente des Echinokokkus in das Blut geraten; sieben Beobachtungen von Blasenruptur im rechten Vorhof mit Lungenmetastasen sind bekannt, und experimentell ist die Möglichkeit dieser Art von Metastasenbildung durch Injektion von Blaseninhalt in die Ohrvene von Kaninchen nachgewiesen. Die Lungenmetastasen des Parasiten sind charakterisiert durch ihre Menge, relative Kleinheit, beiderseitiges Vorhandensein, gleichmäßige Größenverhältnisse und Sitz in der Rindenschicht. Bisher ist wohl außer der Rendu'schen keine völlig einschlägige Beobachtung bekannt, jedoch weist schon Budo 1857 auf ihr Vorkommen hin. **Christel** (Metz).

---

8) **Schlayer.** Zur Diagnose des Leberabszesses nach Ruhr. (Aus dem ostasiatischen Feldlazarett zu Tientsin.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 32.)

Die Leukocytenzählung leistet auch bei der Diagnose des Leberabszesses gute Dienste. Der Nachweis einer Hyperleukocytose läßt eine einfache entzündliche Lebervergrößerung ausschließen und berechtigt mit den anderen Symptomen zu der Annahme eines Leberabszesses. So wurde von S. in 11 Fällen eines solchen starke Zunahme der Leukocyten (18—62000, im Mittel 20—30000) gefunden; nur in einem Falle von subakutem Leberabszeß betrugen die Zahlen erheblich weniger. Verdacht auf Leberabszeß erweckten in einer Reihe von Fällen Typhus, Malaria und namentlich die Komplikationen dieser beiden Krankheiten, ferner einige andere atypisch ver-

laufene, akut fieberhafte Erkrankungen. Auch beim Ablauf des operierten Abszesses leistete die Leukocytenzählung gute Dienste, soweit es sich um die Diagnose von weiteren Abszessen handelte. Nach Eröffnung des Abszesses sanken die Leukocyten wohl, blieben aber längere Zeit hindurch auf einer verdächtig hohen Stufe, zwischen 15—20000, während bei einfachem Abszeß eine ausgesprochene Neigung zum Sinken festzustellen war, falls nicht etwa andere Komplikationen die Leukocytenzahl beeinflußten; schwere akute Ruhr z. B. erhöht dieselbe sehr beträchtlich. **Kramer** (Glogau).

---

9) **Masnato.** Emostasi, resezioni e suture del fegato.

(Policlinico 1903. Ser. chir. Nr. 5.)

M. gibt eine Beschreibung und zahlreiche Abbildungen seines Instrumentariums und seiner Methode der Blutstillung zur Naht und Resektion der Leber vermittels fortschreitender Forcipressur und Massenligatur, das in seiner Arbeit Policlinico Nr. 3. dieses Jahres bereits mitgeteilt wurde. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

---

10) **W. Anschütz.** Über die Resektion der Leber.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 356/357. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1903.

Der Vortrag bietet einen guten und vollständigen Überblick über die zur Überwindung der technischen Schwierigkeiten der Leberresektion in Betracht kommenden Verfahren und wird durch die klare Kritik derselben und durch die aus der Breslauer chirurgischen Klinik mitgeteilten Beiträge auch den auf diesem Operationsgebiete schon erfahrenen Chirurgen von Wert sein. A. sucht an der Hand der bisher vorliegenden Operationsfälle drei Fragen zu entscheiden: 1) Wie schafft man sich am besten Zugang zur Leber, wenn man resezieren will? 2) Wie operiert man an der Leber mit dem geringsten Blutverlust? und 3) in welcher Weise soll die Leber- und die Bauchwunde nach der Resektion versorgt werden? Ad 1) empfiehlt er für die Mehrzahl der Fälle, mit einem kleinen Explorativlängsschnitt zu beginnen und ihn, wenn die Diagnose, event. nach Probeexzision und mikroskopischer Untersuchung, sichergestellt, die Operation als berechtigt und ausführbar erkannt worden, nach den Richtungen hin ausgiebig zu erweitern, deren man zur Freilegung der Leber am meisten bedarf. Muß ihre Zwerchfellsoberfläche freigelegt werden, so wird die Durchtrennung der Bänder der Resektion des Thoraxrandes meist vorzuziehen sein. Von besonderer Wichtigkeit ist die Frage der Blutstillung bei der Durchschneidung des Lebergewebes, eine Frage, deren Beantwortung erklärlicherweise den Hauptinhalt des Vortrags ausmacht. A. unterscheidet zwischen den repressiven (Stillung der Blutung im engeren Sinne) und den präventiven (Verhütung der Blutung) Maßnahmen und kommt nach sorgfältiger kritischer Würdigung derselben an der Hand des gesamten Materials von Leberresektionsfällen zu folgenden Schlüssen:

1) »Mit repressiven Verfahren wird man nur bei kleineren Leberresektionen gut auskommen. Die Tamponade ist indiziert bei Auskratzungen erweichter Geschwülste oder chronisch entzündlichen Prozessen. In den verzweifeltsten Fällen ist sie jedoch öfters das einzige Rettungsmittel gewesen. Den Paquelin brauchen wir gern bei Stillung von Blutungen aus Kapillaren und kleinen Gefäßen. Bei den größeren versagt er meistens. Den Dampfstrahl anzuwenden, würden wir nicht raten. Das Heißluftverfahren ist für Blutungen kleinerer Gefäße experimentell gut begründet, bei denen größerer ist seine Wirkung noch zweifelhaft. Die Blutstillung durch tiefgreifende Naht allein ist bei kleineren Resektionen, speziell Probeexzisionen das beste Verfahren. Bei größeren ist es als einziges nur ausnahmsweise anzuwenden. Der alte Satz: »Die Ligatur eines Gefäßes ist das beste Styptikum« gilt auch für die Leber. Aber mit regellos angelegten Unterbindungen und Umstechungen allein wird man größere Resektionen nur unter gefährlichen Blutverlusten durchführen können. Die repressiven Verfahren der Blutstillung treten bei größeren Resektionen erst dann in Aktion, wenn die präventiven versagt haben oder erledigt sind.

2) Bei allen größeren Resektionen sind präventive Maßnahmen gegen die Blutung streng indiziert; von ihrer Durchführbarkeit ist die Operation abhängig zu machen. Eine gewisse vorsichtige Umständlichkeit haftet ihnen unbestreitbar an; bei kleineren Resektionswunden oder glücklichen Nebenumständen kann man von dem präventiven Verfahren absehen.

Bei den temporären Methoden übergehen wir die von Langenbuch. Die Pfortaderkompression kann in Notfällen versucht werden; die anderen haben aus mechanischen Gründen nur unter günstigen Nebenumständen Aussicht auf vollen Erfolg. In schwierigen Fällen mag auch ihre unvollkommene Wirkung noch angenehm sein. Ist der Zweck des temporären Vorgehens erfüllt, so schließt man je nach der Lage der Wundverhältnisse eines der definitiven Verfahren an. Die elastische Ligatur sollte nur temporär angewendet werden; ihr Liegenlassen ist nur in Ausnahmefällen erlaubt.

Die intrahepatischen Massenligaturen, in strenger Ordnung gelegt, halten wir für ein sehr zuverlässiges Verfahren, um die Leberblutung bei Resektionen jeder Größe zu verhindern. Festes Schnüren der Ligaturen ist die Voraussetzung für ihren Erfolg. An den Stellen, wo sie nicht wirken, können die repressiven Maßnahmen Verwendung finden. Von den komplizierten Kompressionsverfahren versprechen wir uns der eingeführten Fremdkörper wegen nicht viel. Die Kompression innerhalb der Bauchwunde wird nur in äußerst seltenen Fällen indiziert sein.«

Nach diesen Grundsätzen wird auch in der Breslauer Klinik bei der Leberresektion vorgegangen. Dort sind schon seit 1896 die intrahepatischen Massenligaturen nach Kusnezoff und Pensky mit vollem Erfolg zur Anwendung gekommen und in einer ganzen

Reihe von Fällen außerordentlich bewährt gefunden worden. Die kleinen Modifikationen von v. Mikulicz und Kader werden von A. mit der Methode selbst eingehend geschildert; die Hauptsache bei dieser bleibt, daß die starken Fäden sehr fest angelegt werden, wobei man das Lebergewebe rücksichtslos zerdrücken darf und muß.

Was schließlich noch die Versorgung der Leberwunde anlangt, so wird auch in v. Mikulicz's Klinik die Lebernaht meist mit der Tamponade der Wunde verbunden, die intraperitoneale Behandlung für das empfehlenswerteste Verfahren angesehen.

Den Schluß des Vortrags bildet eine kurze Besprechung der Prognose, Diagnose und Indikation zur Operation. Die bisher veröffentlichten Fälle sind in einem Anhang, nach den bei ihnen angewandten Resektionsmethoden geordnet, zusammengestellt, ein Teil von ihnen, so auch die 8 der Breslauer Klinik, in der Arbeit selbst ausführlich wiedergegeben.

Kramer (Glogau).

---

11) **C. de Costa.** The surgery of cholecystitis.

(St. Louis med. and surg. journ. 1902. Nr. 6.)

Nach des Verf. Ansicht ist für den Chirurgen weniger der Symptomenkomplex als die Diagnose und Behandlung bei Cholecystitis von Wichtigkeit. Als Ursache der Erkrankung nimmt er mit Sailer und Chiari (cf. das folgende Referat über J. Sailer) die Einwanderung von Bakterien aus dem Darm an, wobei die Stagnation der Galle besonders günstig auf die Einwanderung wirkt. Auch die Bildung der Gallensteine um Bakterien bestätigt er in derselben Weise wie Sailer und Hartmann (Ref. im Zentralblatt für Chirurgie Nr. 34 p. 928). Er verlangt eine scharfe Trennung zwischen katarrhalischer und eitriger Entzündung, wobei aber eine organische oder erworbene Disposition nicht abzuleugnen ist. Eine große Schwierigkeit bietet die Diagnose, ob Steine oder Geschwulstbildung, zumal da beide oftmals vereint beobachtet sind. Es folgen genauere Beschreibungen der Befunde in der Gallenblasenschleimhaut bei den verschiedenen Affektionen, besonders bei der Inkrustation. Auch die Behandlung mit innerlichen Mitteln findet Erwähnung. Nach der Besprechung der Vergleichserscheinungen mit Cholelithiasis ohne entzündliche Begleiterscheinung finden die verschiedenen Arten des operativen Eingriffs (Cystotomie mit und ohne Drainage) und die Differentialdiagnose mit Appendicitis eine ausführliche Besprechung. Mitteilung eines Falles von eingeklemmtem Stein im Choledochus, der durch Operation geheilt.

Grosse (Kassel).

---

12) **J. Sailer.** The etiology and diagnosis of cholecystitis.

(St. Louis med. and surg. journ. 1902. Nr. 5.)

Die Ätiologie der Cholecystitis bedingt eine Neigung der Gallenblase zu Entzündungen, die durch Steine oder eindringende Mikro-

organismen veranlaßt sein kann. Dabei wird vom Verf. hervorgehoben, daß die Anwesenheit von Bakterien in der Galle nicht immer zu einer Cholecystitis führen muß. Er hält die Galle für steril, doch ist das Einwandern von Bakterien durch die Kommunikation mit dem Darm natürlich sehr leicht. Wenn der Abfluß der Galle in normaler Weise vorhanden, sind keine Keime in der Galle; wohl aber bei Stagnation. Typhöses Fieber und Pneumonie sollen eine besondere Disposition für Einwanderung von Bakterien verursachen. Verf. will vielfach Typhusbazillen in der Gallenblase und den großen Gallengängen nachgewiesen haben und behauptet, daß sie ein Eindicken und eine Konkrementbildung hervorrufen können, ja auch in Gallensteinen nachgewiesen seien. Er zitiert ausführlich Stellen aus einer Arbeit von Chiari (1893), der den Nachweis von Typhusbazillen in entzündeter Gallenblasenwand geliefert habe. Die näheren mikroskopischen Befunde, sowie die bakteriologischen Untersuchungen sowohl von Chiari wie die des Verf. müssen im Original eingesehen werden.

Verf. bespricht die Symptome der Cholecystitis und hält dieselben für sehr charakteristisch und genau lokalisiert.

Differentialdiagnostisch kommt die Appendicitis in Frage.

Zum Schluß teilt Verf. 4 eigene Fälle noch mit besonderen Komplikationen mit und gibt ein Verzeichnis der einschlägigen Literatur. **Grosse** (Kassel).

---

13) **L. Szuman.** Über Indikationen zur Cholecystostomie und Cholecystektomie.

(Przegląd chirurgiczny Bd. V. Hft. 2.)

Auf Grund eigener reichlicher Erfahrung sucht S. die Indikationen für die oben genannten Eingriffe genauer zu umgrenzen. Die Schlußfolgerungen der Arbeit werden vom Verf. in folgender Zusammenfassung gegeben:

1) In den meisten, eine chirurgische Behandlung erfordernden Gallensteinfällen genügt die einzeitige Cystostomie zur Herbeiführung einer völligen und dauernden Heilung.

2) Komplizierte Fälle, in denen nebst der Gallenblase auch die Gänge von schweren Veränderungen (Ulzeration der Blasenwand und Perforation, Cysticusverschluß, septische Cholangitis) betroffen sind, erheischen eine Radikaloperation, d. i. Cystektomie kombiniert mit Hepaticusdrainage.

3) Eine Obliteration des Choledochus kontraindiziert die Cystektomie, und kommt in diesen Fällen eine Cysto- oder Choledocho-Enterostomie resp. eine Cystico-Enterostomie in Betracht.

4) Bei Vorhandensein von Steinen und sekundären Veränderungen in den tieferen Gängen und bestehender Atrophie der Blase ist die Choledochotomie mit Drainage angezeigt. Die geschrumpfte Gallenblase läßt man unberührt.

5) Bei Beschränkung des Prozesses auf die Gallenblase allein und postoperativer oder spontaner Blasenfistelbildung kann man, wenn die übrigen Gallenwege sicher frei sind und die Galle nicht infektionsverdächtig erscheint, nach Ausführung der Ektomie von einer Drainage absehen. **Urbanik** (Krakau).

---

14) **v. Mikulicz-Radecki.** Surgery of the pancreas.

(Annals of surgery 1903. Juli.)

In diesem auf dem Kongreß amerikanischer Ärzte und Chirurgen gehaltenen Vortrage werden als Ursachen für die langsame Entwicklung der Chirurgie des Pankreas angegeben: 1) Die topographische Lage der Bauchspeicheldrüse, welche einesteils leicht eine Erkrankung des Organs übersehen, andererseits dasselbe schwer erreichen und an die Oberfläche bringen läßt. Das Pankreas ist auf transperitonealem und retroperitonealem Wege zu erreichen; der letztere soll nur gewählt werden, wenn die Bauchspeicheldrüse stark nach einer Seite gedrängt ist. Die zweite Ursache, wodurch die Entwicklung der Pankreaschirurgie gehemmt wurde, liegt in der Gefahr, während der Operation die neben dem Organ liegenden Eingeweide usw. zu verletzen. Eine dritte Schwierigkeit beruht darauf, daß die Diagnose der Erkrankung des Pankreas eine nicht leichte ist. Ist infolge der Erkrankung erst Diabetes eingetreten, so kommt der chirurgische Eingriff meistens schon zu spät. Endlich haben die Gefahren, welche mit der Operation am Pankreas verbunden sind, zu der langsamen Entwicklung der Pankreaschirurgie mit beigetragen. Diese Gefahren beruhen in dem Blutreichtum des Pankreas und in der Schädigung, welche das Bauchfell und die Eingeweide durch das Ausfließen des Pankreassaftes erleiden (Fettnekrose, Toxinbildung).

Die Krankheiten des Pankreas, welche ein chirurgisches Eingreifen erfordern, sind nach v. M. 1) Verletzungen, 2) Entzündungen und 3) Geschwülste. Bei den Verletzungen ist erstens eine genaue Blutstillung durch Massenligaturen und zweitens eine sorgfältige Tamponade zur Ableitung des schädlichen Pankreassaftes nach außen erforderlich. Leichte Traumen dei Drüse heilen auch ohne operativen Eingriff.

Bezüglich der Entzündungen werden unterschieden die akute, subakute und chronische. Die akute ist entweder ein infektiöser bakterieller Prozeß oder es liegt die akute hämorrhagische Entzündung vor. Die Ursachen der letzteren sind noch dunkel; Syphilis, Arteriosklerose scheinen für diese Form Prädispositionen zu schaffen. Bei der akuten Pankreasentzündung ist der infizierte Herd zu öffnen, die Bauchhöhle mit Kochsalzlösung auszuspülen und zu drainieren. Die Diagnose der subakuten Entzündung ist schwer zu stellen, die der chronischen wird leicht mit Karzinom des Magens und Gallensteinleiden verwechselt. Die Ursachen der chronischen Entzündung können in chronischer Intoxikation (Alkohol)

oder im Verschluß des Ausführungsganges durch Steine liegen. Die Operation besteht in der Entfernung der den Ausführungsgang verschließenden Schädigungen oder in der Schaffung eines Ventils für die gestaute Galle (Gallenblasenfistel, Cholecystenterostomy). Verf. hat in Breslau 30mal Gelegenheit gehabt, am Pankreas zu operieren; es handelte sich um zehn Geschwülste, vier Fälle von Pankreasentzündung, einen von Kontusion der Bauchspeicheldrüse und 15 Fälle, in welchen das Pankreas durch Erkrankung der benachbarten Organe in Mitleidenschaft gezogen war. Am Schluß der Arbeit wird ein von Porter (Boston) operierten Fall einer akuten Pakreasentzündung geschildert, in welchem es durch Inzision des entzündeten Herdes und Drainage der Bauchhöhle gelang, den schwerkranken Pat. am Leben zu erhalten. **Herhold** (Altona).

Kleinere Mitteilungen.

15) 24. Jahresversammlung der American surgical association.
(Journ. of the amer. med. assoc. 1903.)

1. Tag. Richardson (Boston) eröffnet die Sitzung mit einem Vortrag über den Nutzen und die Wichtigkeit des probeweisen chirurgischen Eingehens bei zweifelhaften Krankheiten unter besonderer Würdigung der Probelaparotomie.

Fowler (Brooklyn) spricht über die Reinigung des Peritoneums bei Appendicitisoperationen. Ein Zuviel ist zu vermeiden wegen der Gefahr der Weiterinfektion in Fällen, wo die Eiterung noch nicht allgemein ist. Soll drainiert werden, so bevorzugt F. Glas- und Gummidrains.

Van der Veer (Albany): Die Reinigung des Peritoneums nach Magenoperationen ist sehr vorsichtig und schonend vorzunehmen. Nach Operationen an der Rückseite des Magens wird meistens Drainage nötig werden.

Ochsner (Chicago): Peritonealreinigung bei Bauchfelltuberkulose. 1) Bei Fehlen von Flüssigkeit können die kranken Gewebe mit Sicherheit entfernt werden. 2) Ist Ascites vorhanden, so soll er so vollständig wie möglich entleert werden, nachher Drainage. 3) Bei der Untersuchung der Bauchhöhle soll man sich hüten, oberflächliche Verletzungen des Bauchfells zu machen. 4) Verklebungen sind zu schonen. 5) Je sanfter mit den Geweben umgegangen wird, um so besser der Erfolg. 6) Die erkrankten Beckenorgane vertragen ein etwas kräftiges Anfassen besser als die Därme.

Gerster (Neuyork) spricht über septische Phlebitis der Pfortaderwurzeln und Pylephlebitis. Für die rechtzeitige Diagnose kommt in Betracht Vorhandensein oder Vorhergehen von septischer Erkrankung eines Bauchorgans, Vorhandensein von Pyämie und Mitbefallensein der Leber. Nur bei frühzeitigster Diagnose und sofortiger Operation ist die Prognose der Krankheit nicht absolut schlecht. Bei zwei Fällen konnte G. die Phlebitis genau feststellen, sogar die Thromben aus den Venen entfernen. Beide Fälle waren von Appendicitis ausgegangen.

In der Diskussion weist Munro (Boston) auf die Wichtigkeit der Schüttelfröste und unregelmäßigen Ikterus für die frühzeitige Diagnose hin.

Harte (Philadelphia): Bei Bauchoperationen wegen Typhusperforation ist besonderes Gewicht zu legen auf schnelle und doch sehr sorgfältige Arbeit, namentlich die sehr vollständige Reinigung der Bauchhöhle ist von größter Wichtigkeit. Sie soll durch Ausspülung mit reichlicher Menge Kochsalzlösung bewirkt werden, nachher Drainage durch tief bis ins Becken geführten Mullstreifen, der mit großem Mullverband überdeckt wird.

Weeks (Portland): Bei Appendicitis richtet sich die Behandlung der Bauchhöhle ganz nach dem Einzelfall. Bei abgekapseltem Eiter soll man sich vor Spülung hüten, während sie bei allgemeiner Bauchfellentzündung wohl anwendbar ist.

Abszesse sollen mit in Kochsalzlösung getränkten Mullbäuschchen gereinigt werden und mit trockenem Mull ausgestopft, während bei allgemeiner Bauchfellentzündung drainiert wird.

Vaughan (Washington): Bei Schußwunden des Magendarmkanals ist die Bauchhöhle sorgfältig zu reinigen und stets zu drainieren.

Blake (Neuyork): 1) Peritonealabszesse, die abgegrenzt sind, sind am besten zu behandeln mit schleunigster Spaltung. 2) Fortschreitende Peritonitis ohne deutliche Grenze muß mit reichlicher Durchspülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung behandelt werden. 3) Allgemeine septische Peritonitis: Schluß der Bauchhöhle nach Reinigung, wenn nicht nekrotische Massen Drainage nötig machen.

Abbe (Neuyork) spricht über sein Verfahren der Operation bei Trigeminusneuralgie. Er geht davon aus, daß nicht im Ganglion Gasseri die Erkrankung sitzt, sondern stets in den Nervenscheiden, wie es ihm regelmäßig nachzuweisen gelang. Er reseziert deshalb nicht das Ganglion, sondern den 1. und 2. Ast $1/2$ Zoll lang vor dem Ganglion und legt zwischen die Enden ein Gummigewebe, welches einheilt und die Wiedervereinigung sicher verhindert. Auch die Blutstillung wird durch vorhergehendes Anpressen des Gummigewebes gegen den Knochen erreicht. Es heilt reaktionslos ein; bei einem Pat. liegt es schon 7 Jahre. Das Rückkehren der Neuralgie wird sicher verhütet.

Fowler (Brooklyn) bemerkt in der Diskussion, daß er mit bestem Erfolg vor der Operation die Carotis externa unterbindet; die Dauer der eigentlichen Operation wird auf die Hälfte vermindert.

Brewer (Neuyork) hat das Gummiverfahren ebenfalls mit gutem Erfolg gegen die Neuralgie, aber mit schlechtem gegen die Blutung angewandt. Auch die Carotisunterbindung hat ihm in einem Falle keinen Nutzen gebracht, da die Blutung venös war.

Armstrong berichtet über ein einfaches Geschwür der Harnblase. Bei dem Kranken traten plötzlich Schmerzen in der Eichel und am Gliedrücken entlang vor dem Urinlassen auf, außerdem häufiger Harndrang, Verlust des Austreibungsvermögens. Der Mann starb an Miliartuberkulose (!). Ein 12jähriger Knabe mit gleichem Leiden wurde durch Höllensteinspülungen geheilt.

Estes hat ein einfaches, genau einem Magengeschwür gleichendes Blasengeschwür nach Operation schnell heilen sehen.

Wharton (Philadelphia) hat einen Fall von Enchondrom der Lendenwirbelsäule an der Vereinigungsstelle mit dem Kreuzbein, entstanden angeblich durch Verdrehen beim Heben eines schweren Gegenstandes, mit Erfolg entfernt.

2. Tag. v. Mikulicz (Breslau) spricht über Cardiospasmus mit Demonstration von Röntgenbildern, das peptische Geschwür des Jejunums, Behandlung der schweren Formen der Darminvagination und operative Behandlung bösartiger Dickdarmgeschwülste.

Moynihan (Leeds) bespricht die chirurgische Behandlung »einfacher« Magenkrankheiten. Unter diesen begreift er hauptsächlich die durch Geschwürsbildung veranlaßten, u. zw. 1) Geschwürsdurchbruch von Magen und Duodenum. 2) Blutungen bei solchen Geschwüren. 3) Chronische Geschwüre und sekundäre Veränderungen nach solchen. 4) Sanduhrmagen. Der Vortrag geht sehr ins einzelne, zahlreiche Fälle sind eingeflochten. Lebhafte Diskussion.

Rodman und Pfahler: Die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen bei oberflächlichen Krebsen und Tuberkulosen bietet folgende Vorteile: 1) Schmerzlosigkeit. 2) Nur krankhaftes Gewebe wird zerstört. 3) Sehr geringe Narbenbildung. 4) Anwendbarkeit bei solchem Sitz, daß nicht im Gesunden operiert werden kann. 5) Schmerzen und Schlaflosigkeit werden beseitigt. 6) Die Zeitdauer für die Behandlung der Hautkrebse ist zwar länger als bei den operativen Verfahren, das kosmetische Resultat aber viel besser. Das Röntgenverfahren soll bei Krebsen aber trotzdem nur dann angewandt werden, wenn Größe oder Sitz der Neubildung die Operation ausschließen. 7) Die Röntgenbehandlung ist bei



Hauttuberkulose das beste Verfahren. 8) Bei operierter Tuberkulose soll mit Röntgenstrahlen nachbehandelt werden, um die Heilung zu beschleunigen und etwa nicht mit entfernte, noch unentwickelte Keime abzutöten. In manchen Fällen wird sich eine Vorbehandlung empfehlen, um eine Operation zu einer weniger ausgedehnten zu gestalten.

Coley (Neuyork) hat in $^5/_4$ Jahren 36 inoperable Sarkome mit Röntgenstrahlen behandelt. 4 Kranke, die im vergangenen Jahre der Gesellschaft nach Verschwinden der Neubildung durch die Behandlung vorgestellt waren, haben Rückfälle erlitten. Einige Fälle von Rundzellensarkom, bei welchen seine Toxinbehandlung wirkungslos war, zeigten nach Röntgenbehandlung rasches Verschwinden der Geschwulst, sie kam aber bei allen nach einer kurzen Zeit wieder. Andererseits sind viele, bei denen die Geschwülste durch die Toxinbehandlung ganz verschwanden, dauernd geheilt geblieben. Bei operablen Fällen soll die Röntgenbehandlung nicht angewandt werden, mit Ausnahme von Extremitätssarkomen; bei diesen soll zuerst versucht werden, durch Röntgenstrahlen Heilung zu erzielen, ehe zur Amputation geschritten wird, vielleicht mit gleichzeitiger Toxinbehandlung.

Johnson (Neuyork) hat 9 Fälle von Karzinom und einen von Sarkom mit Röntgenstrahlen behandelt. 8 starben während der Behandlung, die beiden anderen, darunter der Sarkomkranke, besserten sich bedeutend. Bei allen war während der Behandlung Dermatitis entstanden. Der Röhrenabstand war anfangs 30, später 15 cm.

Coley (Neuyork) berichtet über 1003 Radikaloperationen von Leisten- bezw. Schenkelbrüchen von 1891—1902. 756 Leistenbrüche bei Männern, 181 bei Frauen, 66 Schenkelbrüche, alle bei Männern. Bei letzteren wurde das Bassini'sche Verfahren 16mal, Tabaksbeutelnaht des Bruchsackes mit Känguruhsehne 50mal angewandt; ein Rezidiv. Bei den weiblichen Leistenbrüchen wandte C. ein entsprechend abgeändertes Bassini-Verfahren an, hatte unter ihnen kein Rezidiv. Über die Resultate bei männlichen Leistenbrüchen ist nicht genauer berichtet. Bei Kindern soll vor dem 4. Jahre nicht operiert werden; nach dem 4. Jahre ist die Aussicht auf Heilung durch Tragen eines Bruchbandes gering, deshalb bei allen unter 15 Jahren alten Kindern Operation, wenn nicht strenge Kontraindikation vorliegt; bei älteren Individuen sollen nur durch ein Bruchband schwer zurückhaltbare Brüche operiert werden.

Dandridge (Cincinnati): Bei einer Appendixoperation mußte ein Paket Drüsen entfernt werden, welches an der Innenseite des Kolons lag und mit welchem der Wurmfortsatz verwachsen war. Dabei Unterbindung einer größeren Arterie. Naht der Bauchwunde. Nach 8 Tagen bildete sich unter Ausstoßung von 18 cm Dünndarm ein widernatürlicher After, der später, nach vergeblich vorgenommener Seit-zu-Seitanastomose, durch eine End-zu-Endanastomose beseitigt wurde.

3. Tag. Munro (Boston): Das Auftreten von Eiweiß und Zylindern im Harn bildet im allgemeinen keine Gegenanzeige gegen irgend eine Operation, doch soll Befund solcher stets zu genauester Allgemeinuntersuchung auffordern. 500 Pat., welche Eiweiß und Zylinder zeigten, wurden unter Ätherbetäubung operiert; 63 starben, davon nach dem Vorgetragenen zu beurteilen nur einer, bei welchem allenfalls die Nieren für den Tod zu beschuldigen gewesen wären.

Shepherd (Montreal): Bei einem 32jährigen Manne hatte sich nach Heben eines schweren Gegenstandes eine pulsierende Geschwulst in der Leistengegend gebildet, die als Aneurysma der Iliaca externa erkannt wurde. Da er Operation verweigerte, wurde mit Fingerdruck behandelt. Nach 12 Stunden hörten die Pulsationen auf, nach 24 Stunden wurde mit dem Fingerdruck aufgehört, das Bein ruhig gestellt bei Bettlage. Die Pulsation ist nach 6 Monaten nicht wiedergekehrt, eine Geschwulst noch fühlbar. Innerlich wurde Jodkali gegeben, während der Behandlung möglichste Flüssigkeitsentziehung.

Freeman (Denver) fand bei einer wegen Ileuserscheinungen vorgenommenen Laparotomie den ganzen Dünndarm, den Blinddarm und einen Teil des Dickdarms

in der linken Fossa duodeno-jejunalis; diese Teile waren alle von einem Bruchsack umhüllt, der sie völlig gegen den übrigen Teil des Bauchfellsacks abschloß. Der Blinddarm, der durch Darminhalt und Gas fast kindskopfgroß ausgedehnt und brandig war, wurde reseziert, ebenso 12 cm Dickdarm und ein Teil des Dünndarms, Darmanastomose, Tod.

Curtis (Neuyork): Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit Kropfexstirpation und Exstirpation der Sympathicusganglien. Jene gibt in 60% Heilung, diese unmittelbare gute Resultate, ob dauerhafte, muß die Zeit erst entscheiden. Die unmittelbaren Ergebnisse sind bedeutend besser als die der Kropfexstirpation, letztere ist außerdem weit gefährlicher. Die Sympathicusentfernung rät C. unter lokaler Anästhesie und nicht auf beiden Seiten in einer Sitzung vorzunehmen.

Meyer (Neuyork): Die Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie. 1) Operationen, die die Prostata direkt angreifen — Prostatektomie und Bottini — sind anderen, die indirekte Einwirkung auf das Organ erstreben, vorzuziehen. 2) Die Operation ist jedesmal nach dem Einzelfall auszuwählen. 3) Prostatektomie ist die radikalste, sicherste und am meisten chirurgische Operation; sie soll, wenn irgend möglich, stets den Vorzug haben. 4) Prostatektomie vom Damm aus ist das bessere Verfahren, da unter Leitung des Auges ausführbar. 5) Bei hinfälligen Kranken kommt eher die Bottini-Operation in Betracht. 6) Jeder Chirurg soll mit beiden Verfahren vertraut sein. 7) Auch die Verwerfer des Bottini-Verfahrens sollen ihre Kranken, falls sie zu schwach für Ausführung der Radikaloperation sind, dem ersteren unterwerfen lassen. 8) Genauere Aufzeichnungen und größere Zahl von Fällen müssen noch näheren Aufschluß über Wert und Verwendbarkeit beider Verfahren geben.

Powers (Denver): Bei einem 28jährigen Manne mit ausgedehnter Phlegmone am rechten Ellbogen mit Schwellung des ganzen Armes fanden sich im Eiter zahlreiche, wohlcharakterisierte Gonokokken. Die Heilung war verzögert, die Gelenke des Armes blieben steif.

Binnie (Kansas City) teilt einen Fall von Myositis ossificans in der Muskulatur des rechten Vorderarmes mit; der Knochen entstand nach einmaligem, sehr heftigen Schlag auf den Arm beim Boxen. Nach einer Woche wurde er entfernt, 8 Monate später kein Rezidiv. **Trapp** (Bückeburg).

(Fortsetzung folgt.)

---

16) **Sternberg.** Ein Fall von Agenesie der Milz.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXIII. p. 571.)

Diese Beobachtung betraf eine 73jährige Frau, die vor 50 Jahren an Wechselfieber gelitten haben soll. Sie starb an Lungentuberkulose. Die Milz fehlte vollständig, Nebenmilzen waren nicht vorhanden. Die Lage und Entwicklung der übrigen Bauchorgane waren normal. An Stelle der Art. lienalis fand sich ein schwächeres Gefäß, welches das Pankreas versorgte und mit einem dünnen Ast im großen Netz endigte. Lymphdrüsen, Blut und Knochenmark zeigten keine Veränderungen. **Fertig** (Göttingen).

17) **Le Dentu et A. Mouchet.** Contusion abdominale par coups de pied de cheval. Splénectomie à la huitième heure. Guérison.

(Bull. de l'acad. de méd. 67. ann. 3. ser. Nr. 24.)

Ein Kranker, der etwa 4 Stunden vorher zwei Hufschläge gegen die linke Seite erhalten hatte, wird unter Anzeichen des Chok ins Krankenhaus gebracht. Gesichtsausdruck, Blässe, kalte Gliedmaßen, vermehrte Atmung, Muskelspannung vorwiegend links, Anziehen der Beine (Trendelenburg'sches Symptom nicht erwähnt) weisen auf Eingeweideverletzung hin; Verletzung der Milz wird vermutet.

Erst nachdem der Zustand sich verschlechtert, willigt der Verletzte in die vorgeschlagene Operation.

Hierbei ergibt sich, daß die Milz, die mehrfach — besonders am oberen Pole mit dem Zwerchfell — verwachsen war, tiefe Einrisse erlitten hatte, sowohl auf der konvexen, als besonders auf der konkaven Fläche, die weder der Betastung noch vor allem der Vernähung zugänglich gewesen wären. Die Splenektomie war demnach der einzige Weg zur Rettung, und sie gelang nach querer Spaltung der längs inzidierten Bauchdecken und Ablösung von den Verwachsungen. Die Wunde wurde ohne Drain geschlossen, was vielleicht nicht empfehlenswert ist; die ersten Tage erregte der Kranke Besorgnis, heilte jedoch.

Es ist hervorzuheben, daß vom zweiten Tage ab die Leukocyten polymorphe neutrophile Kerne zeigten; ferner daß keinerlei vikariierende Lymphdrüsenschwellung beobachtet wurde.

Christel (Metz).

18) **Spear. Abscess of the spleen.**

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. August 1.)

Bei einem Manne von 75 Jahren trat nach früherem Fall und nachfolgender Influenza längeres Siechtum ein, Klagen über Schmerz unter dem — druckempfindlichen — linken Rippenbogen. Nach Aufstehen in der Nacht plötzlicher Schmerz in der linken Seite, wo eine Geschwulst fühlbar, die bei Probelaparotomie als geschwollene Milz erkannt wurde, in der nahe der Rückseite ein Abszeß saß, der durchzubrechen drohte. Abgrenzung mit Mull gegen die Bauchhöhle, Eröffnung des Abszesses von vorn, Drainage. Heilung.

Milzabszesse sind im ganzen wenig beschrieben. Verf. konnte 65 in der Literatur auffinden. Grand-Moursel erwähnt 57. Nach Ansicht des Verf.s sind sie häufiger als man annimmt. Sie entstehen am häufigsten nach Malaria und Typhus, sind aber auch nach anderen Infektionskrankheiten beobachtet (Embolien). Sie können klein und lange latent bleiben durch Abkapselung, die durch Trauma zerstört wird; die Eiterung wird dann akut (S.'s Fall). Fieberfreiheit schließt daher den Milzabszeß nicht aus. Zeitige Diagnose und Operation sind notwendig zur Heilung, dann aber ist die Prognose gut. Splenektomie ist die Operation der Wahl, aber nicht immer ausführbar, Aspiration vor der Milzentfernung ist zu verwerfen.

Trapp (Bückeburg).

19) **Stavely. Splenic infections.**

(Annals of surgery 1903. Juni.)

Nach Besprechung der Milzabszesse im allgemeinen berichtet Verf. über zwei von ihm operierte Fälle. In dem ersten Falle war eine Pat. an Schmerzen in der linken Seite und Beimischung von Eiter zum Urin erkrankt. Durch einen vom linken Rippenbogen 3 Zoll lang nach abwärts geführten Schnitt wurde eine große in der linken Bauchhälfte liegende Abszeßhöhle eröffnet. Am oberen Rande der Höhle fühlte man den unteren Nierenpol. Es handelte sich um einen teilweise in die linke Niere durchgebrochenen Milzabszeß. Im zweiten Falle hatte sich ein Abszeß in der nach rechts gewanderten großen Malariamilz entwickelt. Die ganze Milz wurde exstirpiert, die Kranke genas ebenso wie im ersten Falle. Die Zahl der roten Blutkörperchen nahm nach der Milzentfernung zu, die der weißen ab, während gewöhnlich das Umgekehrte der Fall zu sein pflegt.

Herhold (Altona).

20) **Hall. Splenopexy for wandering spleen.**

(Annals of surgery 1903. Nr. 4. p. 481.)

Bei einer Frau, welche infolge Wandermilz an zeitweiligen heftigen Leibschmerzen litt, führte H. folgende Operation zur Fixierung des Organs aus. Schnitt am äußeren Rande des linken Rektus und Hervorwälzen der $7^1/_2$ Zoll langen und $3^1/_2$ Zoll breiten Milz. An derselben war die Einkerbung des vorderen Randes nur 3 Zoll vom unteren Pol entfernt und so tief ins Gewebe eingehend, daß der hierdurch gebildete untere kleinere Teil nur durch einen engen Isthmus

mit dem größeren oberen Teil verbunden war. Der obere größere Teil der Milz wurde jetzt in die Bauchhöhle reponiert, nachdem das parietale Bauchfell an der entsprechenden Stelle rauh gemacht war; um den außen liegenden Isthmus wurde Peritoneum und Bauchfascie beutelförmig herumgenäht, so daß nun der obere Teil der Milz intraperitoneal, der kleinere untere Teil extraperitoneal gelagert blieb. Über den letzteren wurde der linke Rektus soweit als möglich nach außen gezogen und dann die Hautwunde vernäht. Drei Monate nach der Operation fühlte man noch in der Bauchwand den harten und geschrumpften Milzteil; er war auf Druck nicht schmerzhaft. Die Milz saß intraperitoneal sehr fest, und hatte Pat. keine Beschwerden weiter gehabt.

Im Anschluß an diese Schilderung bespricht Verf. noch die von ihm aus der Literatur gesammelten Fälle von Fixierung der Wandermilz; im ganzen sind es acht, zu welchem er seinen eigenen als neunten hinzuzählt.

Herhold (Altona).

21) **Th. A. McGraw** (Detroit, Michigan). On a case of splenectomy for leukaemic enlargement.

(Annals of surgery 1902. August.)

G. hat bei einem Kinde von acht Jahren eine $2^1/_2$ kg schwere leukämische Milz exstirpiert. Die Operation verlief glatt, ohne jeden Blutverlust, doch starb das schon sehr geschwächte Kind nach wenigen Stunden.

Ferkel, welche sofort mit dem frischen Blut aus der Milz geimpft wurden, blieben ganz gesund.

G. meint, daß — angenommen, der primäre Sitz der Erkrankung bei Leukämie wäre wirklich die Milz — die Splenektomie nur dann Aussicht auf Erfolg hat, wenn die Milzvergrößerung noch keine zu hochgradige, das Individuum selbst noch bei gutem Kräftezustand ist, mit anderen Worten: im Beginne der Krankheit. Deshalb richtet er einen Apell an die praktischen Ärzte, Fälle von Leukämie sofort nach Stellung der Diagnose dem Chirurgen zuzuweisen, da er der Meinung ist, daß dann einmal der Eingriff mit geringer Lebensgefahr verbunden ist, zweitens nur so die Frage gelöst werden könne, ob die Krankheit ihre Entstehung in der Milz hat. **Seefisch** (Berlin).

22) **J. Strycharski.** Drei Fälle von Milzexstirpation.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 6.)

Im ersten Falle, welcher nach der Operation tödlich unter den Zeichen der Herzschwäche endete, war über die Natur der Milzgeschwulst auch pathologisch-anatomisch nichts zu sagen. Das trifft auch für den zweiten Fall zu, während beim dritten Malaria vorlag. Die beiden letzteren Fälle genasen. Bei diesen trat vorübergehend eine langanhaltende Leukocytose und Abnahme der roten Blutkörperchen, sowie eine Verminderung des Hämoglobinprozentsatzes ein, neben vorübergehenden Erscheinungen von Herzschwäche. Nach der Exstirpation der — retroperitoneal gelegenen — Malariamilz noch mehrere typische Intermittensanfälle. Ausgang aber in volle Heilung.

Zu den 360 Splenektomien der Bessel-Hagen'schen Statistik bis 1900 mit 38,3% Mortalität kommen bis Mitte 1902 noch hinzu 37 Fälle mit 11 Todesfällen. Von diesen 37 Fällen betrafen 15 Zerreißungen mit 8 Todesfällen, von den übrigen 22 verliefen 4 ungünstig. **Herm. Frank** (Berlin).

23) **Clemens.** Ein mit Talma'scher Operation behandelter Fall von Synechia pericardii. (Aus der med. Klinik in Freiburg i. B.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 22.)

Die Operation wurde in dem von C. berichteten Falle wegen des lästigsten, das ganze Krankheitsbild beherrschenden Stauungssymptoms, des Ascites, vorgenommen, nachdem alle anderen Mittel, einschließlich der Punktion, ohne Erfolg gewesen, und zwar in der Erwägung, daß auch bei der Synechia pericardii und

Kompensationsstörung ein Haupthindernis der Zirkulation in der Leber gelege ist und durch die Omentofixation in dem Bunge'schen und Franke'schen Fall von kardialem Ascites eine Besserung (in einem früheren Falle von Hess Heilung — Ref.) herbeigeführt worden war. Die von Prof. Kraske unter Schleich'scher Anästhesie gemachte Operation hatte zunächst keinen Erfolg, da sich rasch wieder eine große Menge Flüssigkeit im Bauche ansammelte; nach Punktion derselben bestand dann für längere Zeit eine wesentliche Besserung, die aber auch wieder nachließ; der Ascites kehrte wieder, blieb indes mäßig.

Kramer (Glogau).

24) **Erdmann.** Primary typhoidal perforation of the gall-bladder.
(Annals of surgery 1903. Juni.)

Bei einer 46jährigen Frau kam es in der 3. Woche der Erkrankung an Typhus zu zwei heftigen Anfällen von Gallensteinkolik. In der 6. Woche traten unter chokartigen Erscheinungen heftige Leibschmerzen auf, die sich besonders in der rechten Seite lokalisierten. Da man an eine Darmperforation dachte, wurde die Bauchhöhle eröffnet, an den Därmen aber nichts, dagegen in der Gallenblase eine Öffnung von 1/4 Zoll Durchmesser entdeckt. Die Bauchhöhle selbst war mit galliger Flüssigkeit gefüllt. Die Gallenblase wurde exstirpiert und der Cysticus abgebunden, auf den Cysticus ein dünnes Drain gesetzt und die Bauchhöhle bis auf die Öffnung für das Drain geschlossen. Die Schleimhaut der Gallenhöhle zeigte außer der Perforationsöffnung mehrere kleine Geschwüre; sie enthielt zwei kleine Steine. Im Inhalt der Gallenblase und der Bauchhöhle wurden Coli- und Typhusbazillen gefunden. Heilung.

Aus der Literatur sammelte E. 33 Fälle, wozu sein eigener als 34. kommt; 7 von diesen wurden operiert, wovon 4 genasen. Die übrigen 27 nicht operierten Fälle endeten alle tödlich. Die Notwendigkeit der Operation geht hieraus deutlich hervor, und wird dieselbe in der Entfernung der Gallenblase zu bestehen haben.

Herhold (Altona).

25) **Huguenin.** Über einen Fall von Gallenblasenruptur mit tödlicher Blutung infolge eines Carcinoma haematodes an der Vereinigungsstelle der drei Hauptgallengänge, nebst Bemerkungen über einige gleichzeitige Leber- und Pankreasveränderungen.
(Virchow's Archiv Bd. CLXXIII. p. 552.)

Bei einem tief ikterischen 58jährigen Manne fand sich bei der Sektion ein primäres Carcinoma papilliferum an der Teilungsstelle des Ductus choledochus. Durch die Gallenstauung war eine Hepatitis interstitialis biliaris entstanden. Es waren cholämische Blutungen aufgetreten, eine derselben ging von der gefäßreichen Geschwulst aus, überschwemmte die Gallengänge, Gallenblase und nach Zerreißung der letzteren auch die Bauchhöhle, in welcher sich 2 Liter Blut fanden. In der Leber sowie im Pankreas zeigten sich Zellnekrosen, wahrscheinlich infolge toxischer Wirkung der im Blute zirkulierenden Stoffe. **Fertig** (Göttingen).

26) **H. Krukenberg.** Über Gallenblasenkoliken ohne Gallensteine.
(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 29.)

Verf. berichtet über zwei Fälle, in welchen heftige Kolikanfälle und das Auftreten von Ikterus zur Annahme eines Gallensteinleidens berechtigten und die heftigen, immer wiederkehrenden Beschwerden die Pat. zur Operation trieben. Bei diesen fand man eine sehr lange, dünnwandige Gallenblase, deren Grund weit von der Leber entfernt lag, und welche sehr gut beweglich war. Steine wurden nicht gefunden. Die Pat. genasen nach Einnähen der Gallenblase in die Bauchdecken und nach Drainage derselben vollkommen. K. glaubt, daß man es in diesen Fällen mit einem Zustande zu tun habe, den man als Wandergallenblase bezeichnen könnte. Eine frei an einem Stiele hängende Gallenblase könne bei

stärkerer Füllung durch Knickung zu Schmerzanfällen führen, die sich durch Befestigung der Gallenblase beseitigen lassen. **Langemak** (Rostock).

27) **Ehler.** Cholelithiasis mit Glykosurie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 21.)

32jährige Pat. mit häufigen Gallensteinkoliken. Dreimal kurz vor der Operation Anfälle, unähnlich den früheren, verbunden mit starker Magendilatation, heftigem Aufstoßen und anhaltendem Brechreiz mit Schmerzen im linken Hypochondrium. Im Urin Spuren von Eiweiß und 2,8% Zucker. Nach der Operation (Cholecystostomie mit Entfernung eines Cysticussteins) fehlt dauernd der Zucker im Urin, tritt auch nicht nach Verabreichung von 150 g Sacch. lactis per os wieder auf.

Der Grund des Diabetes und seines Verschwindens ist darin zu suchen, daß die prall gespannte und enorm (nach unten und links zu) vergrößerte Gallenblase auf die Ausführungsgänge des Pankreas gedrückt hat. (Vgl. die beschriebenen schmerzhaften Anfälle, die von den Gallensteinkoliken verschieden waren. Auch ein vor der Operation aufgenommener Befund von reichlich Fett im Stuhle, der p. o. völlig schwand, spricht hierfür.) **Hübener** (Dresden).

28) **H. Claude.** Angio-cholécystite calculeuse suppurée; valeur diagnostique de l'examen hématologique.

(Soc. méd. des hôpitaux de Paris 1903. März 19.)

C. teilt einen diagnostisch unklaren Fall von Eiterung in den Gallenwegen mit, bei dem die Indikation zur Operation hauptsächlich durch den Blutbefund gegeben wurde.

Die 68jährige Pat. hatte keine auf Gallensteine hindeutende Anamnese. Beginn des Ikterus vor 6 Wochen unter starker Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, seit einigen Tagen langsam ansteigende Temperaturen; außer einer Vergrößerung der Leber keinerlei lokale Veränderungen. Die Blutuntersuchung ergab eine starke Vermehrung der Leukocyten, besonders der polynukleären. Hiernach schien eine Eiterung in den Gallenwegen sicher. Die Operation ergab eine Perforation der mit Eiter und Steinen gefüllten Gallenblase und einen gegen die Bauchhöhle abgeschlossenen, ebenfalls Steine enthaltenden Abszeß unterhalb derselben. Tod nach 2 Tagen. Bei der Autopsie fanden sich die Leber- und Gallengänge erweitert und mit Eiter angefüllt. **Mohr** (Bielefeld).

29) **Gibbon.** Gangrenous cholecystitis, with report of a case in which a succesful cholecystektomy was done.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. April.)

G. berichtet über einen äußerst seltenen Fall von Gangrän der ganzen Gallenblase; im Fundus fand sich außerdem ein eingekeilter Stein. Klinisch fiel eine sehr starke Leukocytose (37 600) auf. Ätiologisch sind die Verlegung des Ductus cysticus und gleichzeitige Obstipation zu beschuldigen. Differentialdiagnostisch kommt Appendicitis in Betracht. Therapie: vollständige Exstirpation der Gallenblase, nicht bloß Drainage. **Bender** (Leipzig).

30) **W. J. Mayo.** The present status of surgery of the gall-bladder and bile ducts.

(New York med. record 1903. Februar 21.)

Die Resultate der Frühoperationen bei Gallensteinen sind so gut, daß in 250 Fällen nur 1% Mortalität von M. beobachtet werden konnte. Unter 454 Operierten wurden 21 Fälle = 5% Karzinom bei Steinbildung festgestellt. 49mal fanden sich Steine im Ductus communis oder hepaticus mit oder ohne Ikterus. Die Hälfte aller Todesfälle war auf Cholangitis und nachfolgende Leberdegeneration zurückzuführen. In 26 Fällen mit Koliken fand sich eine chronische Chole-

cystitis ohne Stein, bei 15 konnte völlige Heilung später erkundet werden. 3 starben an der von Eisendraht als »Hepatargie« beschriebenen Leberdegeneration. Bei infizierten Lebergängen wurde stets freie Drainage ausgeführt (mit Exzision der Mukosa und Durchschneidung des Ductus cysticus ohne Ligatur). 49 Choledochotomien (2 Todesfälle). **Loewenhardt** (Breslau).

31) C. A. Ljunggren. Beitrag zur Behandlung des Gallenblasenkrebses.

(Nordisk Tidskrift for Terapi Bd. I. p. 105. [Schwedisch.])

Pat., eine 60jährige Frau, hatte seit 15 Jahren an Gallensteinkrankheit gelitten. Bei der Aufnahme stellte Verf. die Diagnose Cholecystitis c. lithiasi + pericholecystitis und exstirpierte die (vorher nicht geöffnete) Gallenblase, die am Lebergewebe fest haftete. Drainage des Cysticus; allmähliche Heilung; rezidivfrei nach 8 Monaten.

Die Gallenblase, mit bohnengroßen Steinen gefüllt, hatte die Wandstärke von $\frac{1}{2}$—1 cm. Im anliegenden, mitexstirpierten Lebergewebe fand sich eine nußgroße Geschwulst, die sich als Karzinom herausstellte.

Verf. wirft in der Epikrise die Frage über den wahrscheinlichen Zusammenhang der Cholelithiasis mit der karzinösen Entartung auf und beantwortet dieselbe mit folgenden Tatsachen:

1) Der Gallenblasenkrebs ist eine ebenso überwiegend weibliche Krankheit als das Gallensteinleiden; unter 285 Fällen betrafen 220 das weibliche, 53 das männliche Geschlecht; in 12 Fällen fehlten Angaben.

2) In einigen Fällen ist das Steinleiden nachweisbar älter als die Neubildung.

3) In vielen Fällen ist ein vorhergehendes Gallensteinleiden vorgekommen; besonders in der neueren Literatur ist diese Tatsache festgestellt, wahrscheinlich weil das typische Krankheitsbild der Cholelithiasis heutzutage besser gekannt ist als früher.

4) Sekundäre Karzinombildung in der Gallenblase ist äußert selten mit Steinbildung kompliziert (Siegert).

5) Die chronische Entzündung der Gallenblasenwände prädisponiert durch Ulzerationen und Narbenbildungen zur Entstehung des Krebses.

Durch genauere Indikationen zur Operation, durch frühzeitige Diagnose des Karzinoms und durch Resektion von Lebergewebe bei der Operation glaubt Verf., daß die jetzt traurige Prognose der Operation des Gallenblasenkrebses nicht unerheblich zu bessern sei. **Hansson** (Cimbrishamn).

32) F. Berka. Zur Kasuistik der intraabdominellen Fettgewebsnekrose.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 14 u. 15.)

In den beiden mitgeteilten Fällen handelte es sich um zwei sehr fettleibige Männer, 42 und 62 Jahre alt. Der erste Fall bietet das typische Bild, auch bei der Sektion: Ileusähnliche Erscheinungen ohne mechanisches Hindernis, ausgedehnte Fettgewebsnekrosen im und in der Umgebung des Pankreas. Der zweite Fall ist atypisch, abgesehen von den ebenfalls vorhandenen Pseudoileuserscheinungen, welche nach der Operation verschwinden. Hier zeigt sich das Pankreas auch bei der Autopsie vollkommen frei, ebenso das Fettgewebe der linken Bauchhälfte; dagegen ist das gesamte retroperitoneale Fett rechts von der Wirbelsäule bis zur Axillarlinie, vom unteren Nierenpol bis in die rechte Leiste hinein in der gesamten Beckenausdehnung verändert, oben homogen, weißgrau, teilweis inselförmig, tiefer unten schmierig mit nekrotischen weißlichen Fetzen und Bröckeln, teilweise auch verflüssigt. Im Leben hatte sich diese Beschaffenheit äußerlich in Schwellung der Umgebung des äußerst druckempfindlichen Samenstranges an der rechten Leistenpforte markiert, so daß an die Möglichkeit gedacht werden kann, daß es sich hier um einen von dieser Gegend aufsteigenden Vorgang gehandelt hat. Indessen blieb die Ätiologie auch hier durchaus dunkel.

Herm. Frank (Berlin).



33) **N. Trinkler.** Zur Diagnose der Syphilis des Pankreas.
(Chirurgie 1903. Juli. [Russisch.])

Gleichzeitig mit der Affektion des Pankreas findet man gewöhnlich andere Symptome der Syphilis, speziell der übrigen parenchymatösen Organe, was die Diagnose erleichtert. Die Anwesenheit eines hartnäckigen Ikterus und einer Geschwulst links von der Mittellinie läßt eine Erkrankung des Pankreas vermuten. (Die von Lithiasis befallene Gallenblase liegt rechts von der Mittellinie.) Endlich ist bei Verdacht auf ein Pankreasleiden die Probelaparotomie angezeigt, um die Diagnose zu sichern und — bei bedeutender Affektion des Pankreaskopfes — rechtzeitig eine Cholecystoenterostomie auszuführen. — Der Verlauf der Pankreassyphilis ähnelt dem einer chronischen entzündlichen Pankreatitis, gibt keine Steatorrhöe und ist selten von Diabetes begleitet.

In dem Falle T.'s war die 28 Jahre alte Pat. äußerst abgemagert; Ikterus, beiderseits Periostitis der 2. und 3. Rippe; Leber 3 Finger weit unter den falschen Rippen. Gallenblase höckrig, in der Mittellinie, scheint fühlbare Steine zu enthalten. Vor $1^1/_2$ Jahren Gallensteinkolik, seit mehreren Wochen Schmerzen in der Magengegend, Erbrechen, Durchfall, seit 3 Wochen Ikterus, Schmerzen in der Lebergegend. Diagnose: Gallensteine. Die Laparotomie zeigte eine weiche Leber mit Narben, eine normale Gallenblase und die Gallengänge frei. Pankreaskopf vergrößert, hart, höckrig, mit linsen- bis erbsengroßen Gummata besät. Pankreaskörper auch befallen, doch in geringerem Maße. Schluß der Wunde. Anamnese (nach der Operation ergänzt): Ein Geschwür an den Genitalien bald nach Verehelichung, häufige Anfälle von Rippenperiostitis, Geburt eines mazerierten Fötus. Eine nun eingeleitete antisyphilitische Kur führte nach 2 Wochen zum Schwinden des Ikterus, der Schmerzen und des Erbrechens. Nach 2 Monaten kann man nur noch mit Mühe an der Stelle der früheren Geschwulst eine kleine schmerzlose Verhärtung fühlen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

34) **C. G. Cumston.** Un cas de kyste du pancréas avec remarques sur la pathologie et le traitement chirurgical.
(Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1903. No. 1.)

Der Fall betraf eine 26jährige Frau, die einen Schlag in die Magengegend erhalten hatte. Das Bewußtsein war kurze Zeit aufgehoben. Doch erholte sich Pat. bald und fühlte sich in der Folge bis auf zeitweilig auftretende kolikartige Schmerzen im Leibe gesund. 5 Monate nach der Verletzung trat plötzlich in der Nacht ein starker Schmerz im rechten Hypochondrium auf, der nach wenigen Tagen wieder verging. Derartige Anfälle wiederholten sich in den nächsten Monaten noch viermal. In der Zeit zwischen den Anfällen fühlte sich Pat. zunächst ganz gesund; später traten jedoch Störungen von seiten des Digestionsapparates, Aufstoßen noch der Nahrungsaufnahme und ein leichter Ikterus auf. Etwa 7 Monate nach dem Trauma folgender Befund: Leichter Ikterus. Die Lebergegend erscheint voller als das linke Hypochondrium. Sie ist wie das ganze Epigastrium äußerst druckempfindlich. Am schmershaftesten auf Druck ist die Gegend in der Mitte zwischen Nabel und Proc. ensiformis. Die Leberdämpfung überragt den Rippenbogen um 5 Querfinger. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Gallensteinkolik. Bei der Laparotomie fand sich in der Tiefe unter der Leber eine etwa orangegroße, mit den Nachbarorganen stark verwachsene Cyste, deren Vorderwand mit dem parietalen Bauchfell vernäht wurde. Bei Eröffnung der Cyste entleerten sich 700—800 ccm einer trüben, fettreichen Flüssigkeit. Glasdrain. Jodoformgazetamponade. Verödung der Cyste und Heilung nach etwa 6 Monaten.

Es handelte sich um eine traumatische Cyste, sog. Pseudocyste des Pankreas. Verf. geht auf die Literatur über Entstehung und pathologische Anatomie der Pankreascysten ein. Bei einer Bauchkontusion kann sich ein Erguß von Blut und Pankreassekret zwischen Drüse und Bauchfell bilden, der dann letzteres bis zum Lig. gastrocolicum oder zum parietalen Bauchfell vordrängt oder in die Bursa omentalis durchbricht. Das Foramen Winslowii wird durch peritonitische Verwachsungen geschlossen. **Läwen** (Leipzig).

35) **Lotheissen.** Pankreastumor mit Duodenalstenose und schwerem Ikterus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 14.)

Die 72 Jahre alte Frau mit Erscheinungen von Pylorusstenose und plötzlich aufgetretenem Ikterus ließ neben der prallgespannten Gallenblase einen derben, ziemlich unverschieblichen Widerstand tasten, der sich bei der Operation als eine dem Pankreaskopf angehörende Geschwulst erwies. Ductus choledochus zum Teil in der Geschwulst aufgegangen und verengt, gleichfalls das Duodenum in der Höhe der Papilla Vateri. Gastroenterostomia retrocolica posterior mit Naht. Punktion der Gallenblase. Vernähung der Punktionsöffnung. Anlegung einer Anastomose von $1^1/_2$ cm Durchmesser zwischen Unterfläche der Gallenblase und einer unterhalb der Stenose gelegenen (Pars horiz. inf.) Stelle des Duodenums, ebenfalls mit Naht. Tamponade für 3 Tage. Günstiger Verlauf bis auf eine nach 10 Tagen bei erfolgter prima aufgetretenen Nekrose des Unterhautfettgewebes in der Umgebung der Wunde.

Duodenalstenose bei Pankreasgeschwülsten wurde bisher nur etwa 17mal beobachtet.

Am besten ist es, die Cholecystoenteroanastomose mit dem Duodenum vorzunehmen; ist dies nicht angängig, mit einer der obersten Jejunumschlingen, die durch das Mesokolon hervorgeholt wird. Vor Verwendung des Murphyknopfes wird gewarnt. Am besten legt man, wo die Kräfte es gestatten, Gastro- und Cholecystoenteroanastomose in einer Sitzung an. **Hübener** (Dresden).

36) **W. S. Dewizki und A. K. Morosow.** Ein Fall von sackartigem Lymphangiom des großen Netzes.

(Med. Obosrenje 1903. Nr. 13. [Russisch.])

2jähriger Knabe, seit der Geburt mit einem linksseitigen Hodensackbruch behaftet. Seit einem Jahre Ascites, der die letzten 4 Monate rasch wuchs, Leib 64 cm im Umfang in Nabelhöhe. Bruch faustgroß, nicht leicht zu reponieren; nach der Reposition fühlt man den linken Hoden etwa fünfmal größer als den gesunden rechten. Diagnose: Bauchfelltuberkulose, Hodentuberkulose. Herniotomie; nach Isolierung und Eröffnung des Bruchsackes entleerten sich 4 Liter schokoladefarbiger Flüssigkeit. Nach Unterbindung des Bruchsackhalses wurde der Sack mit dem Hoden entfernt. Es fiel auf, daß der Bruchsack keinen Darm enthielt. Nachts Blutung aus der Wunde und Tod. Sektion: Das Netz, mit der vorderen Bauchwand verwachsen, stellt einen großen Cystensack vor, dessen unteres Ende in den Hodensack hineinragte und als Bruch angesehen worden war. Im oberen Teile des Netzes noch zwei größere und mehrere kleine Cysten mit Lymphe als Inhalt. Der linke Hoden fand sich im strangartigen, exzidierten Bruchsack und war um $^1/_3$ kleiner als normal, in embryonalem Zustand. Verff. kommen zum Schluß, daß die Cyste angeboren war, mit dem Hoden zusammen hinabstieg und durch ihren Druck die weitere Entwicklung des Hodens hemmte. — In der Literatur fanden sich bloß zwei analoge Fälle von Henke und Schwarzenberger. Die Diagnose ist nicht leicht. Die Therapie hätte im beschriebenen Falle in Laparotomie und weiter Eröffnung der Cyste mit Unterbindung der durchtrennten Gefäße des Netzes bestehen müssen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 44. **Sonnabend, den 31. Oktober.** **1903.**

(Aus dem Bürgerhospital in Köln. Geh.-Rat Bardenheuer.)

Die Behandlung der Fractura supracondylica humeri mittels der Bardenheuer'schen Extension.

Von

Stabsarzt Dr. **Rudolf Grässner.**

Die Berechtigung der Knochennaht bei Frakturen ist in letzter Zeit lebhaft diskutiert worden. Für die Schaftbrüche in Deutschland fast durchweg verworfen, wird sie für die Brüche in der Umgebung und innerhalb der Gelenke vielfach anerkannt. Daß der Knochennaht die Behandlungsmethode, welche in kürzerer Zeit

mindestens ebenso gute Resultate erzielt, vorzuziehen ist, wird jeder unbedingt zugeben; dieses leisten die Bardenheuer'schen Exten-

Fig. 1.



Fig. 2.



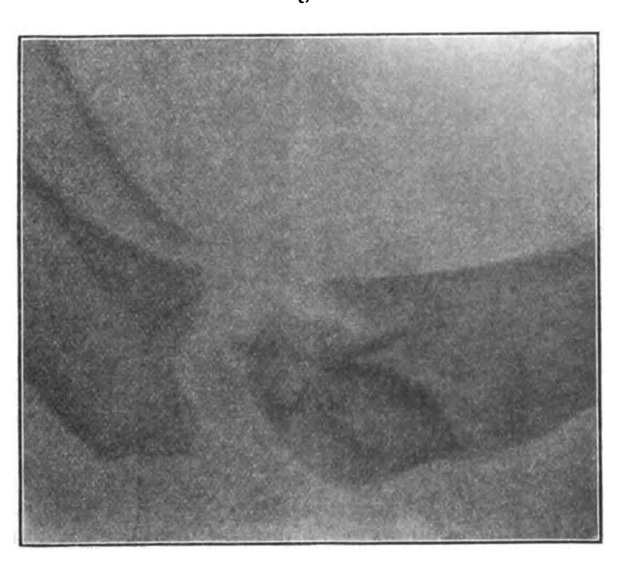
sionsverbände, namentlich bei den Schulter-, Ellbogen- und Handgelenkbrüchen. Körte bezeichnete auf dem Chirurgenkongreß 1902

unter den Fällen, bei denen er gezwungen war, eine Knochennaht anzulegen, da er mit anderen Verfahren die Knochen nicht so aneinander bringen konnte, daß die spätere Funktion gesichert schien, besonders diejenigen Frakturen des Processus cubitalis, bei denen die Verhältnisse so liegen, »daß das untere Bruchstück mit der Gelenkfläche hinter dem oberen Bruchstück steht, so daß der untere Rand des proximalen Bruchstücks dann sehr leicht ein Hindernis für die Beugung bildet«. Daß die Extensionsverbände auch in diesen Fällen vorzügliche Resultate liefern, möchte ich zeigen.

In der Regel gebrauchen wir bei den suprakondylären Brüchen des Oberarms, um eine ambulante Behandlung zu ermöglichen, die Extensionsschiene, wie sie Bardenheuer in seinem Leitfaden der



Fig. 3.

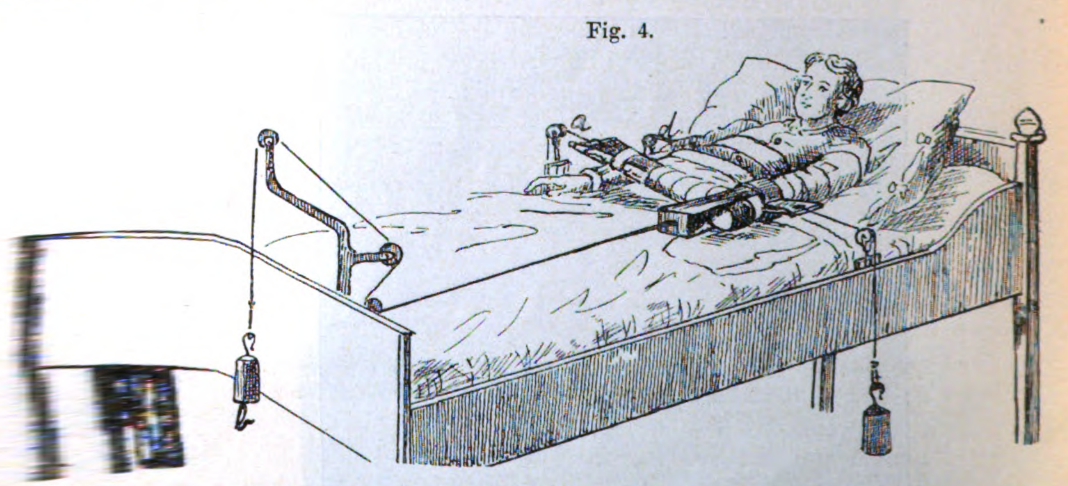


Behandlung von Frakturen und Luxationen (Stuttgart, Ferdinand Enke, 1890) p. 37 angegeben hat. Oder aber wir behandeln in Ausnahmefällen, bei stärkerer Dislokation der Fragmente, die Fraktur mittels der Gewichtsextension in der gestreckten und supinierten Lage des Vorderarms. Von der Spitze des durch die Bruchstücke gebildeten Winkels wird eine Querextension nach hinten, vom Olecranon nach vorn, vom Vorderarm aus eine longitudinale nach unten ausgeführt. Die Anlegung der Schiene und die Ausführung des Verbandes näher zu beschreiben, muß ich mir an dieser Stelle versagen; ich verweise auf den eben genannten Leitfaden.

Mittels dieser Methode habe ich im letzten Jahre fünf Fälle von Extensionsfrakturen am unteren Humerusende behandelt, und zwar mit dem stets gleichen, vorzüglichen Resultate. In einem sechsten Falle, ähnlich dem von Körte bezeichneten, leistete der

Verband nicht den gewünschten Erfolg (Fig. 1). Wir pflegen die Stellung der Fragmente im angelegten Verband nach 8 Tagen durch das Röntgenbild zu kontrollieren. Hierbei zeigte sich, daß die Fragmentstellung nicht gut war (Fig. 2). Die Längsextension tat, wie Fig. 2 zeigt, ihre Schuldigkeit, nicht aber die Querextension. Wenn auch die genaue Adaption der Fragmente für eine gute Funktion nicht immer erforderlich ist, so legen wir doch Wert darauf, eine Heilung im anatomischen Sinne zu erzielen, da bei einer guten Stellung der Fragmente die Konsolidation eine schnellere und festere ist, vor allem aber die Kallusmasse gering bleibt, was in der Nähe der Gelenke nicht zu unterschätzen ist. Durch Anlegung einer Strecke, welche ich gleich näher beschreiben will, gelang es mir, auch in diesem Falle eine Heilung im anatomischen Sinne zu erzielen (Fig. 3, 3 Wochen nach der Verletzung aufgenommen).

Fig. 4.



Bei spitzwinklig gebeugtem Vorderarm des bettlägerigen Kranken umfaßt nach Reposition der Fragmente in Narkose ein Heftpflasterstreifen das obere Ende des distalen Fragments und zieht an der Beuge- und Streckseite des Vorderarms bis über die Fingerspitzen, wo die Enden vernäht werden (Fig. 4, Zug *a*). Der Oberarm erhält eine Längsextension, welche unter Bildung einer Ansa am Ellbogen an der Innen- und Außenseite des Oberarms durch zirkuläre Heftpflasterstreifen befestigt wird (Zug *b*). Dann wird am unteren Humerusende dicht über der Ellbeuge ein Querzug (*c*) nach außen angelegt. Der Zug um die Brust (*d*) verhütet eine Verschiebung des Oberkörpers nach der Seite des kranken Armes hin.

Die Wirkung der Züge ergibt sich aus der Zeichnung. Betonen möchte ich, daß der Zug *b* bis an das Schultergelenk reichen muß, um die kontrahierten und entzündlich retrahierten Muskeln beeinflussen zu können. Ferner muß der Querzug nach außen genau auf die Spitze des nach hinten offenen Winkels der Bruchfragmente

Fig. 5.

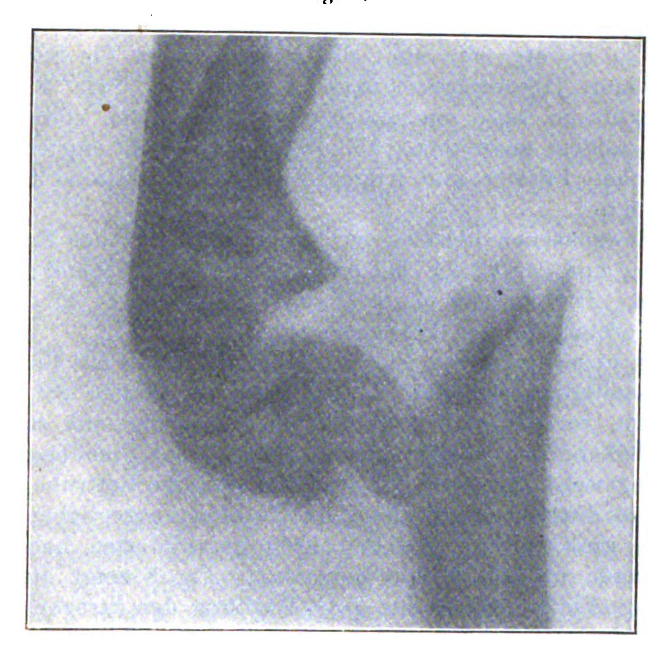
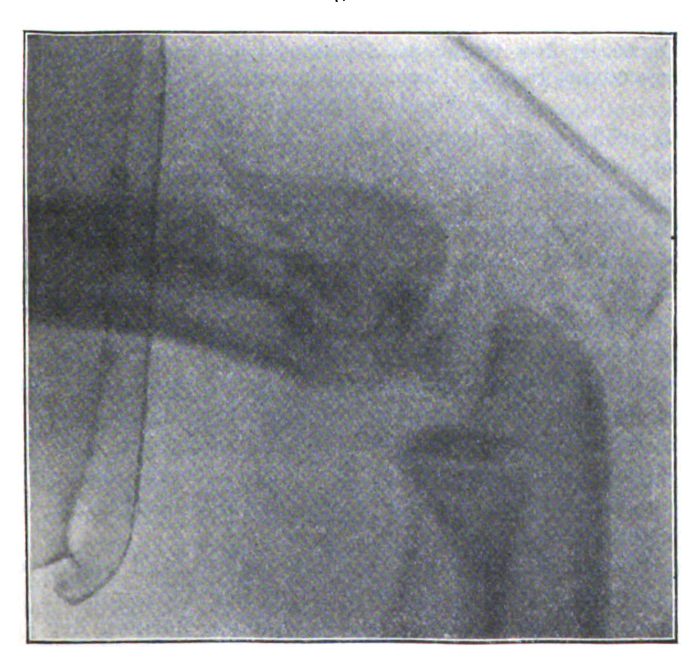


Fig. 6.



einwirken. In die Schlinge des Zuges *b* wird ein Brettchen von der Breite des Querdurchmessers des Ellbogengelenks gebracht. Würde es sich noch gleichzeitig um eine intrakondyläre Fraktur handeln, so könnte man statt des Brettchens in die Schlinge des Zuges *b* eine Hosenträgerschnalle einschnallen, wie wir es bei Knöchelfrakturen tun, um gleichzeitig noch einen starken Druck auf die Kondylen auszuüben. Dekubitus kann nicht entstehen, wenn man zwischen Pflaster und Kondylus ein glattgefaltetes Gazestreifchen einlegt.

Bei Erwachsenen belasten wir durchschnittlich den Zug *b* und *d* mit 4 kg, *a* und *c* mit 2 kg, bei Kindern mit entsprechend geringeren Gewichten. Die Strecke bleibt etwa 18 Tage liegen; in dieser Zeit ist eine Vereinigung der Fragmente erzielt.

Da es unser Bestreben ist, möglichst frühzeitig mit Bewegungen in den beteiligten Gelenken zu beginnen, so fangen wir mit dem 12. Tage an, vorsichtige Bewegungen im Ellbogengelenk zu machen. Die Nachbehandlung besteht nur in Massage und Stabübungen. Die Behandlungsweise hat zwar den Nachteil, daß sie Bettruhe erfordert; jedoch wird derselbe durch das gute Resultat ausgeglichen.

Einen gleichen Fall wie den eben geschilderten habe ich vor einigen Tagen in Behandlung bekommen: Fig. 5 zeigt die schwere Verstellung, Fig. 6 beweist die gute Wirkung der Strecke.

---

1) **Schüller** (Berlin). Parasitäre Krebsforschung und der Nachweis der Krebsparasiten am Lebenden.

(Abhandlungen auf dem Gebiet der Krebsforschung und verwandten Gebieten. In zwanglosen Heften. Herausgegeben von M. Schüller. Heft 1.)
Berlin, **Vogel & Kreienbrink**, 1903.

Verf. eröffnet mit diesem Aufsatz eine Reihe von Abhandlungen, die dasselbe Gebiet betreffen sollen. Er präzisiert zunächst objektiv die Fragestellung, erläutert die Notwendigkeit ihrer Lösung und zeigt, daß die bisherigen Erklärungsversuche des Krebses von seiten der pathologischen Anatomie unbrauchbar und daher auch nicht allgemein anerkannt sind. Vor allem befriedigen sie den Praktiker nicht, weil sie die Frage einer praktischen Therapie nicht fördern. Ebenso ergebnislos sind die experimentellen Studien mit Gewebsverlagerung geblieben. Chronische Entzündungen und Reizungen können auch nicht mehr als ein prädisponierendes Moment für eine Geschwulstentwicklung abgeben. Erfolg verspricht sich Verf. von der experimentellen Forschung nur dann, wenn man damit eine Impfung mit guten Kulturen aus Krebsgewebe verbindet, wie Verf. sie dargestellt hat.

Der formative Reiz auf die Zelle selbst und später die zelltötende Giftwirkung kann nach Ansicht des Verf. nur durch Parasitenwirkung erklärt werden. Die besonderen Formen der einzelnen bösartigen Geschwülste werden jedoch nicht durch den Parasiten,

sondern durch die besonderen histologischen Verhältnisse des Gewebes bedingt.

Die Einwände gegen die Richtigkeit seiner Parasiten weist S. streng zurück. Er geht dann näher auf die von ihm rein gezüchteten Krebsparasiten ein; die Hauptsache ist, daß sie aus absolut lebenswarmem Material gezüchtet werden. Ihre genaue Beschreibung kann hier nicht nochmals wiedergegeben werden; die »vogelaugenartigen Gebilde« v. Leyden's hält Verf. nicht für die typische Erscheinungsform der Parasiten im Gewebe. Er weist dann nochmals die Vermutung zurück, daß es sich bei seinen Beobachtungen um Verunreinigungen, etwa Kork, handelte.

Außer in Kulturen und Gewebsschnitten fand S. die Parasiten auch in Spülflüssigkeiten, z. B. bei Magenkarzinom, im Harn bei Nieren- oder Blasengeschwülsten und bei der Punktion eines aus äußeren Gründen nicht zur Operation gelangenden Brustkrebses.

Schmieden (Bonn).

---

2) **L. Loeb.** Über den Krebs der Tiere.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 3.)

L. erwähnt, daß in den Vereinigten Staaten das Karzinom am Auge das typische Karzinom beim Rinde sei. In den Stockyards von Chicago wird jede Woche ein Rind mit Augenkrebs gefunden. nicht selten 2 und 3. Die Karzinome in inneren Organen scheinen viel seltener zu sein. Die Untersuchungen L.'s ergaben, daß das Augenkarzinom von der Karunkel oder ihrer nächsten Umgebung ausgeht, d. i. von der Stelle, wo die ins Auge geratenen Fremdkörper aufgehalten werden. Eine Bedeutung der Örtlichkeit für die Häufigkeit des Karzinoms ist nachweisbar. Auf einer Farm in Wyoming ist der Augenkrebs seit mehr als 10 Jahren endemisch. Vornehmlich waren Kühe befallen. Die Metastasenbildung erfolgt nach den mikroskopischen Untersuchungen auf dem Lymphwege. In zwei Fällen wurde ein doppeltes Karzinom gefunden. Autotransplantation ließ sich nicht sicher in diesen Fällen ausschließen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

3) **M. Donati.** La resistenza dei globuli rossi del sangue negli individui affetti da tumori maligni.

(Clinica med. 1902. Nr. 12.)

D. hat bei 28 Fällen bösartiger Geschwulst (meist Karzinomen) Blutuntersuchungen ausgeführt und speziell die Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen geprüft. Diese Studien, welche eine Fortsetzung früherer Arbeiten sind (cf. dieses Zentralblatt 1901 Nr. 42), haben zwar zu physiologisch und experimentell interessanten, praktisch für Diagnose und Prognose aber wenig verwertbaren Resultaten geführt. Auch ein Vergleich der Widerstandsfähigkeit mit dem Zahlenverhältnis der roten Blutkörperchen hat ergeben, daß beide vollkommen unabhängig voneinander sind.

A. Most (Breslau).

---

4) **L. Gallavardin** und **J. Charvet.** De la phase cardiaque des aortites syphilitiques. Myocardite et endocardite vraie d'origine spécifique.

(Arch. génér. de méd. 1903. Nr. 26.)

Die syphilitischen Erkrankungen der Aorta haben in diagnostischer Beziehung auch ein hohes Interesse für den Chirurgen. Die vorliegende Studie bringt eine eingehende klinische und pathologisch-anatomische Besprechung, welche sich wenig zum Referat eignet. Einen wichtigen Punkt vermißt Ref. in der Besprechung, nämlich die Beziehung der betreffenden Affektionen zur spezifischen Therapie, und zwar zu der Therapie gleich nach Ausbruch der Sekundärerscheinungen, als auch zu derjenigen nach Auftreten der Erkrankungen des Zirkulationsapparats selbst. Ref. verfügt über einen Fall von Aortenaneurysma, das unter Jokali- und Jodipintherapie, von dem Zeitpunkt gerechnet, wo schon Rekurrenslähmung, Neuralgien und Ungleichheit des Radialpulses bestanden, über 6 1/2 Jahre stationär blieb. **W. Sachs** (Mülhausen i. E.).

5) **H. Jacobsthal.** Beiträge zur Statistik der operativ behandelten Aneurysmen. III. Das Aneurysma der Aorta.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 447.)

Die Arbeit verwertet eine kasuistische Zusammenstellung von Ortitz vom Jahre 1892, welche 34 Operationsfälle enthält, denen Verf. noch 13 aus der Literatur gesammelte Fälle hinzufügt. Es ergibt sich, daß die Aorta abdominalis je einmal zentral und peripher vom Aneurysma unterbunden ist, beidemal mit ungünstigem Ausgang. Ebenso verlief die Abbindung des Stieles von einem Aneurysma der Aorta thoracica (durch Tuffier 1902) unglücklich. Die übrigen Fälle betreffen Unterbindungen der Carotis communis nebst der Subclavia bald rechts, bald links, bald einzeitig, bald zweizeitig, oder auch Unterbindungen nur eines der genannten Gefäße. Die Sterblichkeit ist keine große (13,9%), wobei die Hauptgefahr die Störung der Gehirnzirkulation durch die Carotisunterbindung bildet. Eine volle Heilung ist niemals erzielt worden, doch wurden bislang 4 Fälle 3 Jahre nach der Operation und länger beobachtet, darunter ein Fall über 7 Jahre. Nicht zu leugnen ist auch, daß bei einem verhältnismäßig großen Prozentsatz der publizierten Fälle nicht nur eine subjektive Besserung, die sich durch Aufhören oder Nachlassen der Schmerzen, der Atemnot u. a. kundtat, erfolgte, sondern auch objektive Zeichen der Rückbildung des Aneurysmas (Verkleinerung der Geschwulst, Schwächerwerden der Pulsation). In diesem Sinne wurden 23 von 43 Pat. (53,5%) gebessert. Davon sind 15 bis zum Tode beobachtet, der bei 9 schon im ersten Jahre, bei 2 im zweiten, bei 1 im Anfang des dritten Jahres eintrat. Mithin erscheinen die Besserungen bei näherem Zusehen doch recht bescheiden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

6) **H. Jacobsthal.** Beiträge zur Statistik der operativ behandelten Aneurysmen. II. Das Aneurysma der Arteria subclavia.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 239.)

Die Arbeit knüpft an einen von Braun (Göttingen) mittels distaler Unterbindung der Arterie unterhalb des Schlüsselbeins erfolgreich behandelten Fall an. Der 51jährige luetische Pat., dessen als flache Vorwölbung in der rechten Fossa supraclavicularis erscheinendes Aneurysma krampfartige Schmerzen in der rechten Schulter und der rechten Oberschlüsselbeingrube, sowie Atemnot bewirkt hatte, wurde durch die Operation alsbald von den Schmerzen befreit; 2 Jahre später war die Arteriengeschwulst ganz verschwunden.

In der dem eigenen Falle folgenden sehr fleißigen, eine Literatur von 94 Nummern (Verzeichnis derselben am Schluß) verwertenden statistischen Umschau über die Therapie des Subclaviaaneurysmas sind nur die idiopathischen Fälle berücksichtigt. Und zwar untersucht J. zunächst die Daten einer älteren, von Souchon herrührenden, 81 Fälle enthaltenden Statistik vom Jahre 1895, welcher er eine zweite eigene Sammlung von 20 neuen operativ und zwölf nach anderen Methoden behandelten Fällen hinzufügt. Dabei werden die rechts- und linksseitigen Aneurysmen separat gezählt und natürlich auch die verschiedenen Operationsarten (Sackeröffnung, proximale, distale Unterbindung, Sackexstirpation usw.) einzeln in ihren Resultaten untersucht. Die Details dieser Untersuchungen sind zu zahlreich, um hier vollständig wiedergegeben zu werden, doch ist vor allem vorzuheben, daß die Operationsresultate der jüngsten Jahre infolge der vervollkommneten Aseptik und Operationstechnik die der älteren Zeit wesentlich übertreffen, wie aus folgender Tabelle hervorgeht:

	Bis 1890 operiert	seit 1890 operiert
Mortalität der Operation	73,0% (55 von 75)	16,0% (4 von 25)
Günstige Erfolge überhaupt	22,7% (17 von 75)	70,8% (17 von 24)
Günstige Heilungen überhaupt	9,3% (7 von 75)	50,0% (12 von 24)
Davon definitive Heilungen	1,3% (1 von 75)	20,8% (5 Exstirpationen von 24)

Im übrigen zieht J. folgende Schlüsse. Als Idealmethode kann ohne Zweifel die Exstirpation gelten. Sie leistet eine wirkliche Radikalheilung und beseitigt auch Störungen, die nach völliger Thrombosierung des Aneurysmas in Form von Schmerzen zurückbleiben können. Wichtig für ihre Ausführung ist die breite Freilegung des Operationsterrains mit temporärer Schlüsselbeinresektion. Auch bei großem Sack, sofern dessen Inhalt größtenteils thrombosiert ist, ist sie noch mit Erfolg durchführbar; bei Verwachsungen mit Schlüsselbein und Vena subclavia sind die davon betroffenen Teile

gleichzeitig mit zu entfernen. Bei Unausführbarkeit einer Sackexstirpation ist womöglich die proximale Unterbindung zu machen. Doch ist dabei zu berücksichtigen, daß Anonymaunterbindungen stets gefährlich sind. Zu ihrer Ausführung sind Resektionen des Brustbeinhandgriffes und Schlüsselbeines nach Rydygier oder Moynihan zu empfehlen. Tritt nach zentraler Unterbindung keine Konsolidierung des Sackinhaltes ein, so ist distal zu unterbinden, wenn schon hiernach die Aussicht auf Dauerheilung zweifelhaft ist. Von nicht operativen Kurmethoden verdient das Verfahren von Macewen (Einführen von Nadeln und Kratzen der Wandung) das meiste Vertrauen. Außerdem ist die Elektrolyse, Filipunktur und Gelatineinjektion zu nennen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

7) **A. Cosentino** (Pavia). Lesioni dei centri nervosi in rapporto con lo stiramento cruento dei nervi.

(Clinica chirurgica 1902. Nr. 7.)

C. hat sich das Studium der Veränderungen der Kerne der rein sensorischen und der gemischten Nerven nach der Nervendehnung zur Aufgabe gemacht. Die bisherigen Untersuchungen bezogen sich fast nur auf die Kerne motorischer Nerven.

C. verwendete erwachsene Kaninchen, an denen gleichzeitig der N. ischiadicus und suborbicularis (Endzweig des 2. Astes des Trigeminus) gedehnt wurden. Die Nerven wurden mit genau gemessenen Gewichten, entsprechend dem Körpergewicht der Tiere, gedehnt, Gewichten, welche weit unter der Belastung blieben, wie sie von den meisten Chirurgen zu therapeutischen Zwecken angewendet wurden. — Die folgenden Schlüsse konnten gezogen werden: Die Veränderungen an den Nerven selbst sind an den Angriffsstellen der Last am intensivsten, verlieren sich peripher allmählich, fehlen fast ganz zentralwärts; sie bestehen in Veränderungen im Achsenzylinder und in der Scheide, in interstitiellen Hämorrhagien, aktiver Hyperämie, Proliferation des Bindegewebes. — Die Veränderungen der Kerne sind stärker und treten früher auf als an den Rückenmarkssträngen. In den spätesten Stadien scheinen sich auch Veränderungen an den Nerven des anderen Horns einzustellen. Die Veränderungen des sensorischen Neurons sind jedenfalls erheblicher als die des motorischen. »Immerhin scheinen die Läsionen an den Ursprungskernen überhaupt nur sehr gering zu sein und so leicht reparabel, eher die Folge des gestörten intrazellulären Gleichgewichts als der Ausdruck der Nekrobiose, daß sie den Chirurgen zur Verwendung des ebenso unschuldigen als sehr nützlichen Eingriffs ermutigen sollten.« Nach 15—30 Tagen ist die Restitutio ad integrum des Nerven vollzogen. **J. Sternberg** (Wien).

---

8) E. Lannois et F. Lejars. Résultats des opérations libératrices du nerf radial à la suite des fractures de l'humérus.

(Revue de chir. Année XXIII. Nr. 5.)

Die höchst anregend geschriebene Arbeit beginnt mit der Wiedergabe eines von den Verff. operierten und geheilten Falles von Kalluskompression des Radialis. Die Diagnose stieß insofern auf Schwierigkeiten, als bereits vor dem Unfall — Schrägbruch im unteren Drittel des rechten Humerus — abnorme Sensationen in diesem Arm bestanden, und sich erst nach Abnahme des Gipsverbandes, der fünf Wochen gelegen hatte, die paralytischen Erscheinungen an der Hand herausstellten. Vier Monate nach dem Bruch wurde die operative Befreiung des Nerven aus der komprimierenden Kallusmasse ausgeführt; erst acht Monate später war die Heilung eine vollständige.

In ihren weiteren Ausführungen lehnen sich Verff. an die Statistik Blencker's. Doch sei bei der aktuellen Wichtigkeit des Themas auf die hauptsächlichsten Punkte hingewiesen. Zuerst ist es von größtem praktischen Belang, unmittelbar nach der Verletzung festzustellen, ob eine Beteiligung des Nerven vorliegt. Man denke dabei auch an das Verfahren Ollier's, der die Bruchenden aufeinanderpreßt, um zu untersuchen, ob der Nerv. rad. dazwischen geraten ist. Zeigten sich, sei es unmittelbar nach Abnahme des Verbandes, sei es in gleichmäßiger Verschlimmerung, paretische bezw. paralytische Erscheinungen im Radialisgebiet, so ist die Freilegung des Nerven an der Bruchstelle angezeigt. Doch möge man auch durch längeres Bestehen der Lähmung sich von der Operation nicht abhalten lassen, die meist gute Erfolge gibt — selbst nach $3^1/_2$ Jahren (Rinne). Doch wird man stets gut tun, die Pat. von vornherein aufmerksam zu machen, daß eine Besserung erst längere Zeit nach der Operation eintreten werde. Der Wiedereintritt der Funktion wird zu den Veränderungen, die der Nerv erlitten hat, zeitlich in direktem Verhältnis stehen. Doch lasse man sich durch narbiges, geschrumpftes, sklerosiertes Aussehen des Nerven nicht zu sehr entmutigen: Die Erholung kann trotzdem eintreten, und es ist nicht einmal zu empfehlen, diese Stellen zu exzidieren, um die gesunden durch Naht wieder zu vereinigen; schließlich dient der natürliche Strang den überwachsenden Nervenfasern als Geleise. Anders natürlich, wenn der Nerv direkt zerrissen war: dann sind die Nervenenden nach Anfrischung zu vernähen, selbst unter gleichzeitiger Resektion eines Stückes vom Humerusschaft, wenn die Nervenenden nicht anders in Kontakt zu bringen sind (Löbker, Trendelenburg). Um Rezidive zu vermeiden, sind nicht nur alle Narbenreste zu entfernen, sondern man überdecke die Knochenfläche und umkleide eventuell den Nerv mit Muskelmasse. **Christel** (Metz).

H. Gross. Der Mechanismus der Luxatio ossis lunati nebst Bemerkungen über die Entstehung der Fraktur desselben Knochens.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 3.)

Die Luxatio ossis lunati, früher bloß als Kuriosität angesehen, gilt heute als eine typische Verletzung der Handwurzelknochen. Aber trotz der gehäuften Erfahrung ist über den Mechanismus der Verletzung absolut Sicheres bis heute nicht bekannt. Das gesamte Material und die Ansichten der einzelnen Autoren, die G. einer genaueren Kritik unterwirft, haben die Lehre von dieser Verletzung noch nicht zu einem zuverlässigen Wissen gestaltet. G. veröffentlicht selbst zwei Beobachtungen, bei welchen nach seiner Ansicht die Verschiebung des Os semilunare durch den Druck oder Stoß des Radius erfolgt sein muß. Bei dem zweiten Fall zwingt die Stellung des subluxierten Knochens zur Radiusgelenkfläche einerseits, zum Caput ossis capitati andererseits, ferner die Verschiebung des gebrochenen Radius nach der Ulna zu zu folgender Erklärung: Im Radiokarpalgelenk hat sich eine brüske Bewegung vollzogen im Sinne der Volar- und Dorsalflexion. Der Radius geriet zum Lunatum in volles Kontaktverhältnis, drängte zugleich gegen die hintere Konvexität des Lunatum und riß dieses durch seinen nach der Vola zu gerichteten Vorstoß (Dorsalflexion des Karpus) rücklings vom Karpus ab. Der zweite Fall repräsentiert das Vorstadium desselben Verrenkungstypus wie im ersten. Er erreicht nur dieses, weil das radiale Seitenband standhielt. Das Zusammentreffen dieser beiden Beobachtungen ließ den Verf. erwarten, in der Literatur Pendants zu ihnen zu finden. In dieser Hoffnung wurde er jedoch enttäuscht. Er mußte sich sogar von der Häufigkeit einer Entstehungsart überzeugen, die in bezug auf die Bewegung des verrenkenden Lunatum der an seinen Fällen demonstrierten entgegengesetzt ist. Er nimmt als unzweifelhaft an, daß in einer Anzahl der anderen Beobachtungen eine Luxatio carpi sine lunato direkt nach dem Unfall vorlag, auch ein Radiusbruch. Die durch diese bedingten Verschiebungen mögen sich vor der ersten ärztlichen Untersuchung wieder ausgeglichen haben und so der Beobachtung entgangen sein. Damit ist gesagt, daß eventuell durch Eingreifen der Ärzte aus der Luxatio carpi sine lunato im Radiokarpalgelenk eine isolierte Verrenkung nachträglich entstanden ist dadurch, daß der Karpus reponiert wurde. Im übrigen ist es nötig, um den Gedankengang des Verf. allenthalben in seinen Einzelheiten zu folgen, die Originalarbeit zu lesen, an deren Schluß noch einige Fälle von Fractura ossis lunati angeführt sind, welche klar den Mechanismus dieses Bruches in Analogie zu dem der Verrenkung erkennen lassen. Die Fractura lunati ließe sich in ihrer Genese als Adduktionsbruch kennzeichnen.

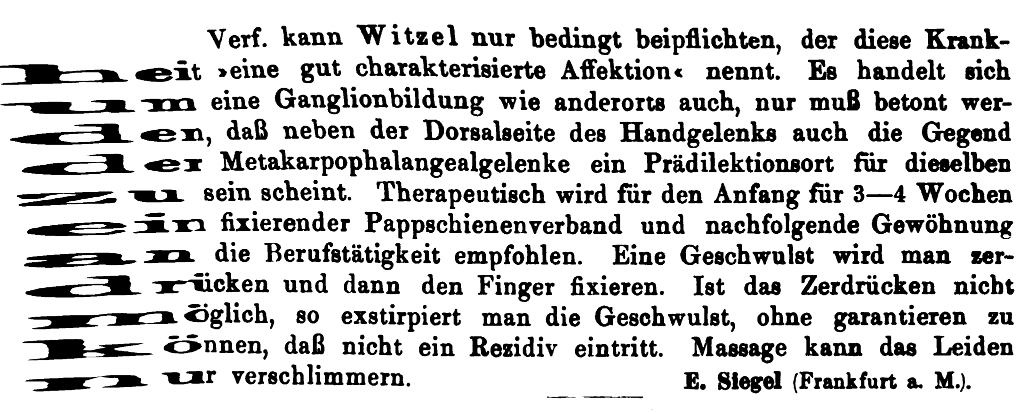
E. Siegel (Frankfurt a. M.).

10) **Franz.** Über Ganglien in der Hohlhand.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 4.)

Die Veröffentlichungen von Ganglien in der Greifseite der Hand sind so selten, daß man mit Interesse die stattliche Zahl der 7 einschlägigen Krankengeschichten aus der v. Bergmann'schen Klinik liest. Von Einzelheiten dürfte besonders interessieren, daß einmal ein schnellender Finger ausschließlich durch eine knotige Sehnenverdickung veranlaßt war, ohne daß gleichzeitig die von Menzel und Eulenburg verlangte Verengung der Sehnenscheide bestand. Ein weiterer Fall beansprucht deswegen erhöhte Aufmerksamkeit, weil es sich bei ihm um eine intratendinöse Cystenbildung handelte, wie sie zuerst von Thorn beschrieben wurde.

Auffällig ist bei den von F. geschilderten Ganglien der Hohlhand, daß sie alle ihren Sitz in der Gegend der Metakarpophalangealgelenke hatten. Abgesehen von der Sehnenscheide bestanden innigere Verbindungen mit der Nachbarschaft nicht, so daß die Haut über ihnen verschieblich war. Alle diese Geschwülste blieben klein, überschritten nie die Größe einer Erbse, wahrscheinlich weil sie durch den Druck, dem jene Stellen ausgesetzt sind, bei stärkerer Vergrößerung platzen. Wegen ihrer Kleinheit werden sie oft übersehen, obschon sie große Schmerzen machen. Die Genese ist akuten und chronischen Traumen zuzuschreiben. Eine Verbindung mit der Synovialis der Sehnenscheide und des Gelenkes bestand bei den vom Verf. untersuchten Fällen nicht, d. h. es bestanden keine Abschnürungen einer vorgebuchteten Synovialispartie, sondern Veränderungen sui genesis im paratendinösen Bindegewebe. Im allgemeinen gleichen die Befunde des Verf. denen von Ledderhose, Ritschl, Thorn, Borchhardt. Er fand erhebliche Veränderungen im Fettgewebe, vom Bindegewebe ausgehende und sich in die einzelnen Zellgewebslager hineinschiebende Septen und einen großen Reichtum derselben an alten und neuen Gefäßen. Endarteriitische Veränderungen bestanden nicht, dagegen perivaskuläre Zellanhäufungen. Die Cysten selbst hatten nie eine scharfe Begrenzung gegen das umliegende Gewebe. Die Wandungsschichten nahmen an Zellreichtum zu, je mehr sie sich dem Hohlraum näherten. In dessen Nähe ließen sich zahlreiche Gefäße nachweisen, die meist konzentrisch angeordnet waren. Diese Verhältnisse, wie die morphologische Herkunft der im Innern sich findenden Zellen und ihrer Zerfallsmassen lassen die Cysten als traumatische Degenerationscysten im paratendinösen bezw. tendinösen Gewebe auffassen; und zwar handelt es sich nicht um eine schleimige, sondern um eine hydropische Degeneration im Bindegewebe. Die Gefäße sind wahrscheinlich nicht, wie Payr meint, durch den Reiz der Cyste, sondern ebenfalls durch den traumatischen Reiz entstanden. F. weist dies an einem besonderen 8. Falle nach, den er als den Vorläufer der Cystenbildung ansieht. Neben den degenerativen Vorgängen gehen jedenfalls auch immer Proliferationsprozesse einher.



Verf. kann **Witzel** nur bedingt beipflichten, der diese Krankheit »eine gut charakterisierte Affektion« nennt. Es handelt sich um eine Ganglionbildung wie anderorts auch, nur muß betont werden, daß neben der Dorsalseite des Handgelenks auch die Gegend der Metakarpophalangealgelenke ein Prädilektionsort für dieselben zu sein scheint. Therapeutisch wird für den Anfang für 3—4 Wochen ein fixierender Pappschienenverband und nachfolgende Gewöhnung an die Berufstätigkeit empfohlen. Eine Geschwulst wird man zerdrücken und dann den Finger fixieren. Ist das Zerdrücken nicht möglich, so exstirpiert man die Geschwulst, ohne garantieren zu können, daß nicht ein Rezidiv eintritt. Massage kann das Leiden nur verschlimmern.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

11) **M. Reimer.** Über die Beziehungen von kongenitaler Coxa vara und kongenitalem Femurdefekt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 27.)

R. weist nochmals unter kritischer Betrachtung einschlägiger Beobachtungen daraufhin, daß die angeborene Coxa vara als ein Vorstadium jenes Deformationsprozesses aufzufassen ist, der in seinen Endstadien zum angeborenen Femurdefekt führt. Unter Spezifizierung der ersten Gruppe hat R. drei Typen beibehalten:

1) Es besteht angeborene Coxa vara bis zu den höchsten bisher wahrgenommenen Graden. Gleichzeitig ist der Oberschenkel verkürzt und dünner.

a. Fälle, bei denen die schwache Stelle des Schenkelhalses getroffen ist, so daß eine echte Coxa vara resultiert.

b. Fälle, in denen die schwache Stelle der Regio subtrochanterica getroffen ist, woraus eine Deformation resultiert, die zu einer hochgradigen Varusstellung des proximalen Femurendes zum distalen führt.

2) Der Oberschenkel existiert als zusammenhängendes Ganzes nicht, sondern ist in einzelne Teile zersprengt: in das distale Femurende, den Kopf, den Trochanter major, resp. die beiden Trochanteren. Das distale Ende des Femur artikuliert durch ein in der Regel normal ausgebildetes Kniegelenk mit der Tibia. Der kleine Femurkopfrest liegt in der rudimentären Pfanne.

3) Die Zersprengung des Femur in einzelne Teile besteht wie in Gruppe 2, aber der kleine Rest des distalen Femurendes sitzt in Form eines Knochenzapfens der Tibia auf, ohne daß es zur Ausbildung eines Kniegelenks gekommen wäre.

Die wenigen bisher beschriebenen der Gruppe 1b angehörenden Fälle konnte R. durch eine Beobachtung vermehren:

Skelett einer sechs Monate alten männlichen Frucht. Linke untere Extremität wohlgebildet, die rechte um ein Dritteil kürzer. An der Verkürzung nehmen sowohl der Oberschenkel, als auch der Unterschenkel teil. Das Wadenbein fehlt, es ist durch einen fibrösen Strang ersetzt, der von der Außenfläche des Calcaneus zum Condylus ext. fem. führt. Die Tibia ist nach vorn winklig abgeknickt. Das Kniegelenk ist normal entwickelt.



Das Femur weist eine Kontinuitätstrennung in der Regio subtrochanterica, an der proximalen Grenze der periostalen Verknöcherungszone auf. Diese Kontinuitätstrennung ist mittels Pseudarthrose verheilt. Das Hüftgelenk ist normal entwickelt, nur in seinen Dimensionen erscheint es verjüngt und steht in Varusstellung. **Langemak** (Rostock).

---

12) **Codivilla.** Sul trattamento delle lussazioni traumatiche inveterate dell' anca nell adulto.

(Arch. di ortopedia 1902. Nr. 4.)

Die Behandlung veralteter traumatischer Hüftgelenksverrenkungen ist verschieden, je nachdem es sich um jüngere oder ältere Individuen handelt. Da bei letzteren Veränderungen des Gelenks Beweglichkeitsstörungen auch nach der blutigen Operation zurückbleiben, ist sie hier auf günstige Fälle zu beschränken. Gelingt die unblutige Reposition nicht, so macht man bei hinterer Verrenkung die Transposition nach vorn oder die subtrochantere Osteotomie, bei vorderer Verrenkung, wenn die blutige Operation nicht angezeigt erscheint, ebenfalls jene. Die Resektion des Kopfes ist bei Druck auf Gefäße und Venen oder bei Deformitäten des Kopfes indiziert.

Zur blutigen Reposition bedient sich C. eines hinteren Schrägschnitts, von dem aus er die Pfanne mit einem eignen fräsartigen Instrument säubert. Zur Reposition dient ein dem von Payr beschriebenen ähnlicher großer Hebel. Skelettierung wird vermieden.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

---

13) **H. Morestin.** Désarticulation inter-ilioabdominale et amputation intra-iliaque.

(Arch. génér. de méd. 1903. Nr. 27.)

Im Anschluß an einen eigenen tödlich verlaufenen Fall, welcher eine junge Frau mit ausgedehntem Beckensarkom betraf, gibt M., der sich nie wieder entschließen würde, diese ausgedehnte Operation vorzunehmen, den Rat, zweizeitig vorzugehen. Freilich will er die bösartigen Beckengeschwülste überhaupt von dieser Operation ausschließen und sie nur anwenden bei veralteten Koxalgien mit multiplen Fisteln und schwerer Erkrankung des Darmbeins. In der ersten Sitzung wird die Exartikulation der unteren Extremität, in einer späteren die Exzision des Hüftknochens gemacht, für welche M. bemerkenswerte technische Winke gibt.

W. Sachs (Mülhausen i. E.).

---

14) **E. Quénu** et **Desmarest.** Desarticulation de la hanche pour sarcome du femur. Technique opératoire.

(Revue de chir. Année XXIII. Nr. 5.)

Die bisherigen Dauererfolge stehen weit hinter allen Erwartungen zurück, zu denen verbesserte Technik und gut operative Heilerfolge berechtigt hatten. Q. hat 60 Fälle sammeln können, die längere Zeit nach erfolgter Heilung beobachtet wurden: es überlebten einer

das zweite, einer das dritte, zwei das fünfte, zwei das sechste, einer das siebente Jahr. Mehrere Autoren wiesen auf das frühzeitige Eindringen der Sarkome in Venen und Weichteile (vor allem in die Adduktorenmuskulatur) hin, und hierauf gründen Verff. ihre technischen Vorschläge für die Exartikulation der Hüfte wegen Sarkom, die der Hauptsache nach in der grundsätzlichen Abtragung der Beckenmuskulatur und der Adduktoren hart an ihren Ursprüngen beruhen.

Sie bilden demnach einen inneren Hautlappen von einem vorderen Schnitt aus, welcher zuerst auf Art. und Vena femor. führt, die sofort unterbunden werden. Der Reihe nach werden dann die vom Os pubis und ischiad. entspringenden Muskeln dicht am Knochen sozusagen aus ihren Interstizien gehoben und durchtrennt, die im losen Bindegewebe sichtbaren Gefäße unterbunden. Von Muskeln bleibt zur Deckung der Beckenfläche, wenn möglich, nur der Musc. glut. maxim. erhalten. Die Wunde wird in Etagen vernäht und drainiert.

Die nach diesen Gesichtspunkten am 1. Dezember 1899 operierte Kranke der Verff. — sie litt an Sarkom oberhalb des Knies — befand sich im März 1903 noch durchaus wohl.

Die Methode hat in ihren Grundzügen bereits durch **Kramer** Verwendung gefunden.

Christel (Metz).

---

15) **J. Brault.** Contribution au traitement chirurgical des ulcères variqueux de la jambe.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 89.)

Nachdem er eine Reihe anderer Verfahren versucht hat, übt B. jetzt folgendes zur Heilung von varikösen Unterschenkelgeschwüren. Er durchtrennt die Haut und Fascie durch einen nach unten offenen hufeisenförmigen Schnitt, der $^3/_4$ des Beinumfanges betrifft, an der inneren Kante der Tibia beginnt und hinten herumgeführt an der Fibula endet. Die Gefäße werden unterbunden, darauf der Schnitt wieder genäht. Die Schmerzen schwinden schnell, die Varicen ober- und unterhalb des Schnittes werden kleiner. Dieser Schnitt soll den Vorteil haben, daß er alle in Betracht kommenden Venen und Nerven trifft, während er den in dieser Beziehung unwichtigen Hautbezirk verschont. Die Heilung der Geschwüre nimmt 15 bis 20 Tage in Anspruch.

V. E. Mertens (Breslau).

---

16) **M. Reiner.** Die Tenodese, eine Form partieller Arthrodese.

(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 26.)

Die Arthrodese am paralytischen Fußgelenk läßt das zum elastischen Gehen nötige Wechselspiel zwischen Beugung und Streckung nicht zu; die Sehnenüberpflanzung erfüllt zwar die Forderung des Ersatzes verloren gegangener Funktion und Verbütung paralytischer

Deformität, aber es muß zur Erreichung dieses Zweckes genügend kontraktile Substanz zur Verfügung sein. Zwischen beide stellt Verf. die »Tenodese«. Zur Tenodese werden passende Sehnen von ihren paralytischen und wegen des Verlustes ihrer Elastizität der Dehnung zu sehr unterworfenen Muskeln getrennt und an entsprechenden Knochenstellen mit ihrem proximalen Ende verankert. Sie werden so zu Gelenkhaltebändern umgewandelt mit der Wirkung, dem Gelenk alle übrigen Bewegungen zu belassen und nur jene Bewegungen zu hemmen, welche den Weg zur Deformität, resp. die Rückkehr in den früheren Kontrakturzustand bedeutet. Man kann zu diesem Zweck auch die Lange'schen Sehnenseidenfäden von Knochen zu Knochen frei ausspannen, praktischer hat es aber der Verf. gefunden, die geeigneten Muskelsehnen mittels der Lange'schen Raffnaht mit Seidenfäden zu durchflechten. Für das Wachstumsalter mit den sich voneinander entfernenden Endpunkten wird es wichtiger sein, ein Stück der normalen Sehne ohne Seidendurchflechtung zu lassen, um es frei auswachsen zu lassen. Solche Tenodesen, die er bei paralytischem Klumpfuß erfolgreich erprobt hat, schlägt Verf. vor für paralytischen Platt-, besonders aber für Hackenfuß. Über längere Dauerergebnisse kann er aber noch nicht verfügen.

Herm. Frank (Berlin).

---

17) **M. Hofmann.** Zur Anatomie und Mechanik des Platt- und Hackenfußes.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 347.)

H., Assistent von weiland Prof. Nicoladoni, hat in der Anatomie in Graz einen hochgradigen Plattfuß eines ca. 40jährigen Mannes, beiderseitige Plattfüße mittleren Grades von einem 18jährigen Mädchen, sowie beiderseitige hochgradige Hackenfüße von einem 61jährigen Manne genauer untersucht. Die betreffenden Extremitäten wurden mit 10%iger Formollösung injiziert und einige Monate in der gleichen Lösung gehärtet, worauf die Muskeln, in ihren ursprünglichen Lagebeziehungen erhalten, gut präparierbar waren.

Für den Hackenfuß ist die dauernde Dorsalflexion im oberen Sprunggelenk charakteristisch. Dem entspricht, daß der Taluskörper tiefer als der Kopf steht. Die Überknorpelung der Talusrolle setzt sich auf den Talushals fort, während der hintere Teil der Talusrollenknorpelfläche zugrunde geht — alles umgekehrt wie beim Plattfuß. Auch liegt der Talushals nicht in direkter Verlängerung des Taluskörpers, sondern bildet mit diesem einen nach innen zu offenen stumpfen Winkel. Am Calcaneus ist der Processus posterior in einen Processus inferior umgewandelt und dabei im ganzen kurz, hoch und schmal. Die Achillessehne ist beim Hackenfuß schwächer, ebenso wie der Musc. soleus. Beim Plattfuß ist die Achillessehne kräftig entwickelt und springt stark nach hinten vor. Hierdurch wird die Wade teilweise maskiert, obwohl dieselbe an sich kräftig ist. Durch die Plattfüßigkeit werden aber auch die Muskelfasern der Wade relativ lang,

wodurch die Wade gleichmäßig walzenförmig und scheinbar schwach wird. Die größten Unterschiede zwischen Hacken- und Plattfuß zeigen aber die kurzen Muskeln der Fußsohle. Beim Plattfuß dicht zusammen und platt gepreßt, verfallen sie der Atrophie und Fettdegeneration; beim Hackenfuß sind sie wohl genährt und kompakt als Bogensehnen in dem Fußgewölbe ausgespannt, was am deutlichsten am Abductor hallucis in Erscheinung tritt. Alle diese Verhältnisse werden durch mehrere Figuren gut illustriert.

Der die Mechanik des Platt- und Hackenfußes behandelnde Teil der Arbeit tritt von neuem für die von Nicoladoni vertretene Theorie ein, daß der Musculus tibialis posticus für die Wölbung des Fußgerüstes bedeutungslos, daß vielmehr diese durch die Funktion der kurzen Fußsohlenmuskeln funktionell bedingt ist. Als neuer Beweis hierfür dient die anatomische Untersuchung zweier infolge von Muskellähmung deformierter, und zwar stark gewölbter Füße eines 37jährigen Schuhmachers. Dieselben waren im Bereiche des medialen Fußgewölbes außerordentlich hohl und standen in leichter Supination; der Calcaneus war im Sinne eines Hackenfußes verändert. Bei der Präparation fanden sich sämtliche Muskeln des Unterschenkels außer dem Triceps surae stark fettig entartet, insbesondere auch der Tibialis posticus. Daß trotzdem kein Plattfuß, im Gegenteil ein stark gewölbter Fuß resultierte, ist auf die erhaltene Funktion der kurzen, normal gebliebenen Sohlenmuskeln zurückzuführen, welche das Fußgewölbe in sagittaler Richtung aufrecht zu erhalten vermochten. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

Über einen merkwürdigen Fall von Perforation des Präputium.

Von

Dr. **R. Burmeister** in Concepcion.

Am 24. Juli d. J. konsultierte mich Daniel Mc K. aus Concepcion, 26 Jahre alt, ledig, geistig etwas beschränkt, Potator, und erzählte Folgendes: Im August 1902 erkrankte er an Tripper und gleichzeitig an Schanker, welch letzterer an der rechten Seite des Penis, am inneren Vorhautblatt, dicht über dem Sulcus coronarius lokalisiert war. Da das Geschwür sich in kurzer Zeit auf reichlich Zehnpfennigstückgröße entwickelt hatte, behandelte Pat. dasselbe mit starken Sublimatlösungen. Danach schwoll das Präputium dermaßen an, daß ein Zurückstreifen desselben fortan unmöglich war. Doch konnte Pat. stets ohne sonderliche Beschwerden urinieren, so daß er vorläufig der Sache ihren Lauf ließ. Dieser Zustand dauerte, ohne daß ärztliche Hilfe nachgesucht worden wäre, bis etwa Mitte März 1903. Das Präputium war mittlerweile etwa im gleichen Zustand geblieben. Aus der Öffnung der Vorhaut aber entleerte sich zu jener Zeit in größeren Mengen übelriechender Eiter. Um das zu beseitigen und die Beschmutzung seiner Wäsche zu vermeiden, griff Pat. nunmehr zu einem ebenso energischen wie originellen Mittel: Er verschloß die vordere Vorhautöffnung, indem er die Spitze des Präputium mittels eines Leinwandlappens fest umschnürte. Der Erfolg dieser Behandlungsmethode ließ nicht lange auf sich warten. Wenige

Tage später — Anfang April — bildete sich an der rechten Seite des Penis zunächst ein dunkler Fleck und bald darauf eine kleine Öffnung, durch welche sich nun der Eiter, dem vorn immer noch konsequent der Weg versperrt wurde, entleerte, und durch welche bald danach die Glans penis folgte. Nun besserte sich der Zustand während der nächsten Zeit auffallend rasch. Die eitrige Sekretion nahm zusehends ab und die Geschwürsflächen begannen abzuheilen. Nur das leere Präputium wollte nicht an Volumen abnehmen, sondern verwandelte sich in eine zwar schmerzlose und ziemlich unempfindliche, aber unförmlich dicke und harte Appendix an der linken Seite des Penis. Dieses »doppelte Glied« — wie Pat. es treffend nennt — ist es denn auch, welches ihn nunmehr — nach ungefähr einem Jahre! — zum Arzt treibt, und zwar »weil es ihn an der Ausübung des Koitus hindert«.

Der Befund bei der Untersuchung ergibt sich aus den beifolgenden Abbildungen. Bei der Besichtigung der Genitalien hatte man im ersten Moment tatsächlich den Eindruck, als ob der Mann ein »doppeltes Glied« besäße, so sehr

Fig. 1.

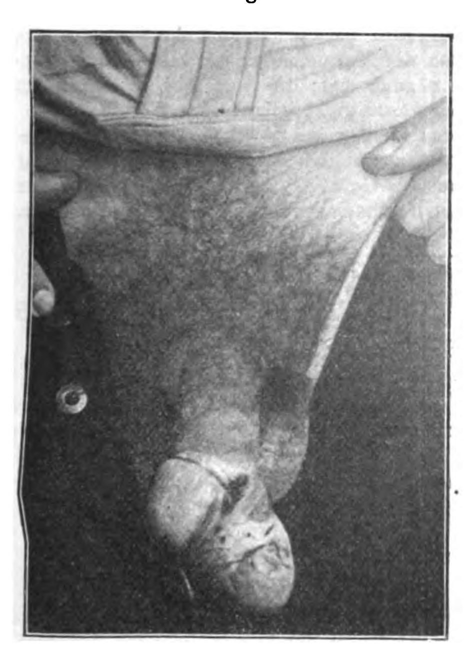


Fig. 2.



glichen sich Eichel und Appendix in äußerer Form und Farbe. Bei näherer Untersuchung ergab sich dann, daß die Eichel völlig frei nach rechts lag. Links daneben befand sich das aus dem verdickten Präputium hervorgegangene Anhängsel, der Eichel in Gestalt und Farbe auffallend ähnlich, nur in allen Dimensionen etwas größer, übrigens ziemlich derb und fest, leicht ödematös. Von der Eichel ließ es sich nur in sehr geringem Grade abdrängen, nicht so weit, daß man den Sulcus coronarius zwischen beiden hätte übersehen können. Die Sonde ließ sich an der Stelle der ursprünglichen Vorhautöffnung leicht einführen, und kam auf dem Rücken des Gliedes, an der oberen vorderen Grenze des Tumors zum Vorschein. Mit der Penishaut stand die Vorhaut nur noch in etwa ein Viertel der Peripherie in Verbindung.

Auffallend war die vorzügliche spontane Verheilung der durch den Schanker gesetzten Zerstörungen. Rings um das Glied fand sich in etwa zwei Drittel der

Peripherie, etwas proximalwärts vom Sulcus coronarius eine schöne, glatte und weiche Narbe, wie sie besser auch nach einer lege artis ausgeführten Zirkumzision kaum zu finden gewesen sein würde. Nur entsprechend der vorderen und hinteren Begrenzung des Präputialtumors bestanden noch zwei unbedeutende Ulzerationen, von denen die vordere, auf der Abbildung sichtbare, etwa die Gestalt eines gleichseitigen Dreiecks von ca. 9—10 mm Seitenlänge hatte, während die hintere um weniges größer war.

Die Operation dieses Falles gestaltete sich höchst einfach, indem lediglich die Zirkumzision vollendet wurde, soweit dies nicht die Natur bereits besorgt hatte. Die beiden, noch bestehenden Ulzerationen wurden dabei in den Schnitt gefaßt und exstirpiert. Die Wunde heilte per primam bis auf eine kleine, der hinteren Ulzeration entsprechende Stelle, welche durch Transplantation gedeckt wurde.

Was die ätiologischen Verhältnisse des Falles anlangt, so hat es sich offenbar um ein Ulcus molle gehandelt, welches zeitweise einen phagedänischen Charakter annahm.

Wie später der Präputialtumor zustande gekommen ist, ist schwerer zu sagen. Möglicherweise ist die Ursache allein in der fast völligen Unterbrechung des venösen Rückflusses zu suchen, da ja gerade in der Gegend der Insertion des Tumors, im hinteren unteren Quadranten die Venenbahnen am schwächsten entwickelt sind. Möglicherweise mag aber auch hier die vom Pat. systematisch fortgesetzte Konstriktion zur Bildung der Geschwulst beigetragen haben.

Die mikroskopische Untersuchung des Corpus delicti ergab: Enorme Bindegewebshyperplasie in sämtlichen Schichten, auffallend weite und in der Wandung verdickte Gefäße, zellige Infiltration um die Gefäße. Also einen Befund, nach welchem man den Präputialtumor als elephantiastische Bildung aufzufassen hätte.

---

18) Egisto Magni. Di un caso di epitelioma del corpo mucosa di Malpighi.

(Policlinico. Ser. chir. 1903. Nr. 7.)

Fall von Hautkarzinom, ausgehend vom Stratum Malpighi, bei einem Kinde von 12 Jahren, unter dem inneren Augenwinkel sitzend, bis zur Größe eines kleinen Hühnereies gewachsen und auf Nase, Jochbogen und fast zur Nasolabialfurche reichend, innerhalb eines Jahres entwickelt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

19) Marcou. L'adipose douloureuse.

(Arch. génér. de méd. 1903. Nr. 28.)

Eine 57jährige Frau erlitt einen Sturz von einer Treppe, blieb mehrere Tage bewußtlos, hatte nachher 7 Wochen lang im Bett Schmerzen in allen Gliedern, die sich bei Bewegungen, besonders beim Gehen, sehr steigerten. Im Anschluß an diesen Vorfall trat bei der bis dahin mageren Frau eine immer noch (nach 11 Jahren!) zunehmende Fettablagerung auf, die von zahlreichen hysterischen Symptomen begleitet war. Der Fall ist wegen seines traumatischen Ursprungs interessant und erinnert an den von Achard und Laubry publizierten (Ref. im Zentralblatt für Chirurgie 1902 p. 57). **W. Sachs** (Mülhausen i. E.).

20) C. Beck. Zum Selbstschutz bei der Röntgenuntersuchung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 32.)

B. empfiehlt, um den Härtegrad einer Röntgenröhre zu prüfen, die Anwendung eines präparierten Hand- resp. Armskeletts. Auf Pappdeckel oder ähnlichem durchsichtigen Material befestigt, ergibt auch die Skeletthand bei weicher Röhre schwarze, bei harter hellgraue Knochennuancen. **Langemak** (Rostock).



21) **T. Pfeiffer.** Über die hämostatische Wirkung der Gelatine bei innerer und rektaler Anwendung.

(Fortschritte der Medizin 1903. Nr. 25.)

Der hypodermatischen Anwendung der Gelatine zur Blutstillung haftet eine Anzahl unerwünschter Nebenwirkungen an — Schmerz an der Injektionsstelle, Schwellung, Abszeßbildung, Hautnekrose, Fieber und andere Allgemeinerscheinungen leichter und schwerer Art.

Am schlimmsten sind die Beobachtungen betr. den nachfolgenden Tetanus, der bis jetzt in 20 Fällen — den veröffentlichten — beobachtet wurde.

Verf. tritt deshalb für die stomachale und ganz besonders für die rektale Applikation ein; letztere wurde in der Grazer med. Klinik bisher 23mal — darunter 16mal bei Blutspeien — zumeist mit gutem Erfolg angewandt.

Kronacher (München).

22) **S. W. Goldberg.** Die Anwendung der Becquerelstrahlen zur Heilung des Ulcus rodens.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

G. applizierte zunächst sich selbst 75 mg Rhadiumbromid für 3 Stunden. Am 4. Tage bildete sich an der betreffenden Stelle des linken Unterarms ein roter Fleck, der allmählich zu einem nekrotisierenden Geschwür wurde. Im Laufe der 3. und 4. Woche entstanden vier gleiche kleinere Geschwüre am Arm, eins an der rechten Seite des Kinns, eins in der linken Leistenbeuge. Während die später entstandenen Geschwüre schneller heilten, war das erste noch nach $3^1/_2$ Monaten offen.

In der Weljaminow'schen Klinik wurden zwei Fälle mit Rhadium behandelt.

1) 58jähriger Mann mit Ulcus rodens nasi. Erste Sitzung $1^1/_2$ Stunden mit 75 mg Rhadiumbromid. Weiterhin wurde nur eine halbe Stunde bestrahlt mit Pausen von einer Woche. Die Gesamtbestrahlungszeit betrug 7 Stunden in $2^1/_2$ Monaten.

2) 48jährige Frau mit Ulcus rodens reg. zygomat. Erste Sitzung 2 Stunden mit 75 mg, zweite Sitzung nach 20 Tagen, 1 Stunde 30 mg. In 9 Wochen wurde also insgesammt 4 Stunden bestrahlt.

Der Erfolg war sehr gut, auch in kosmetischer Hinsicht. Die Geschwüre heilten vollkommen ab unter teilweiser Nekrotisierung des Geschwürsgrundes.

G. gibt dem Verfahren wegen seiner größeren Handlichkeit und besseren Dosierbarkeit den Vorzug vor der Anwendung der Röntgenstrahlen.

V. E. Mertens (Breslau).

23) **L. Grevsen.** Nochmals die Morphium-Skopolamin-Narkose.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. No. 32.)

Bericht über 69 reine Morphium-Skopolamin-Narkosen, die in allen Fällen ohne bedrohliche Erscheinungen verlief, nur in einigen mit Unruhe der Operierten einherging. Puls und Atmung waren im allgemeinen nicht beeinträchtigt, Erbrechen nur in zwei Fällen je 1mal aufgetreten. G. bemängelt aber trotz dieser günstigen Erfolge die Unzuverlässigkeit der Dosierung und den Umstand, daß schon vor der Operation das ganze Gift dem Körper einverleibt werden muß, daß man demselben gegenüber machtlos ist, wenn Störungen der Lungen- oder Herztätigkeit eintreten. **Kramer** (Glogau).

24) **Soncini.** Un caso di miosite ossificante progressiva.

(Arch. di ortopedia 1903. Nr. 2.)

Beschreibung eines Falles von Myositis ossificans progressiva bei einem Kinde von 4 Jahren und 11 Monaten, sehr rasch in wenigen Monaten entwickelt; kompliziert mit Konvulsionen. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).



25) Grisel. Absence congénitale des muscles pectoraux du coté droit.
(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 4.)

Von den beiden vom Verf. gesehenen Fällen rechtsseitigen Muskelmangels werden nur über den einen genauere Einzelheiten wiedergegeben. Die rechte Schulter steht höher, der Arm ist etwas verkümmert, das Brustbein erscheint durch das Vorspringen der Rippenknorpel muldenförmig vertieft.

Herm. Frank (Berlin).

26) Martirené. Absence congénitale des muscles pectoraux.
(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 3.)

In dem beschriebenen Falle fehlt fast der gesamte Brustbein-Rippenanteil des linken großen und der gesamte kleine Brustmuskel; vorhanden ist nur der Schlüsselbeinteil und einige von der ersten Rippe ausgehende Fasern, diese aber in hypertrophischer Entwicklung; auch das Schlüsselbein ist auf dieser Seite umfangreicher, während die vorspringenden Rippenknorpel der anderen Seite die Abflachung des Brustkorbs auf der linken Seite noch mehr hervortreten lassen. Funktionell kein Ausfall in den Bewegungen des Armes.

Herm. Frank (Berlin).

27) C. Féré et E. Papin. Fractures ou anomalies de développement de la clavicule.
(Revue de chir. XXIII. ann. Nr. 4.)

In der Revue de chir. XXII. Jahrg. Nr. 3 hatten Verff. einige Beobachtungen über doppelseitige symmetrische Schlüsselbeinbrüche gebracht, die sie mangels anderer Erklärung für angeborene ansprechen zu sollen glaubten. Inzwischen ist der Träger von Beobachtung V gestorben; die Obduktion ergab nun wohl rechts einen alten intra-extraartikulären Bruch des Akromialendes, links hingegen war ein Meniskus Ursache der fälschlichen Annahme eines Bruches. Das Zusammentreffen von Bruch und Anomalie ist immerhin bemerkenswert. Weiterhin berichten Verff. noch von einer Familie mit angeborenen Schlüsselbeinanomalien — Defekt, Teilung — und lenken wiederholt die Aufmerksamkeit auf eine öfters bei Degenerierten beobachtete Exostose des Schlüsselbeins im äußeren Drittel.

Christel (Metz).

28) P. Redard. Du traitement chirurgical de la main bote congénitale.
(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 3.)

Bei einem 2jährigen Kinde mit angeborenem Fehlen des unteren Radiusendes hat Verf. mit zwei Knochenoperationen in zwei durch Monate Zwischenraum getrennten Zeiten — subkutane Osteotomie der Ulna im mittleren Drittel und Resektion eines Trapezstückes aus dem unteren Ende zum Ausgleich der starken Abduktion — einen seit 2 Jahren verfolgten vollkommenen Erfolg erzielt.

Herm. Frank (Berlin).

29) H. Secrétan. Greffe de l'extremité amputée d'un doigt, une heure et demie après l'accident.
(Revue méd. de la Suisse romande 1903. Nr. 6.)

Einer Fabrikarbeiterin war eine Stunde vor Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe die Hälfte des Nagelglieds vom rechten Mittelfinger durch eine Maschine abgetrennt worden.

Das in einem Zeitungspapier eingewickelte, amputierte Stück wurde nach vorheriger Reinigung in lauwarmem Wasser mittels einer tiefen und zweier oberflächlicher Nähte replantiert. Außer einer geringen Hautnekrose an Stelle der tiefen Naht primäre Heilung. Nach 4 Wochen arbeitsfähig.



Untersuchung nach 6 Monaten: »Form und Volumen der Phalanx normal, Weichteile des amputiert gewesenen Teiles geringgradig atrophisch.«

Kronacher (München).

30) **H. de Rothschild und L. Brunier.** Angeborene Makrodaktylie.

(Revue d'hygiène et de méd. infant. 1903. Nr. 3.)

Der betreffende, 3jährige Knabe hatte schon bei der Geburt einen erheblich vergrößerten linken Zeige- und Mittelfinger. Seit einem Jahre wuchsen diese zwei Finger besonders rasch, so daß der Zeigefinger bei der Untersuchung der Verff. 8 cm, der Mittelfinger 11 cm lang gefunden wurde; der Umfang beider Finger war 8 cm. Das zellig-fettige Gewebe war besonders stark entwickelt, was den Fingern das Aussehen von weichen Würsten gab, doch zeigte die skiagraphische Untersuchung, daß auch die Phalangen und Metakarpusknochen an der Hypertrophie teilnahmen. Die Haut der erkrankten Finger war kalt und bläulich, wenig empfindlich, mit zahlreichen kleinen Schrunden. Es handelte sich nicht um gewöhnliche Elephantiasis, sondern um wirkliche Hypertrophie, betreffend alle Elemente der Finger. Als Behandlung ist die chirurgische Entfernung vorzunehmen. **E. Toff** (Braila).

31) **Meyer.** Gonorrhoisches Panaritium.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 29.)

Bei einer an frischen gonorrhoischen Gelenkaffektionen leidenden Pat. bildete sich ein Panaritium cutaneum, dessen unter allen Kautelen aufgefangener Inhalt Gonokokken zeigte. **Borchard** (Posen).

32) **Tuffier.** Varices lymphatiques au cours de la grossesse.

(Revue de chir. XXIII. ann. Nr. 5.)

Bei einer im 2. Monate Schwangeren entwickelte sich in der rechten Leiste eine Geschwulst, die an jene Lymphektasie erinnerte, die durch Filarien erzeugt werden: sie war weich, höckrig, komprimierbar. Zahlreiche Bläschen von Hirsekorngröße lagen in der Hautoberfläche und entleerten sich bei Druck nach innen, um sich bei dessen Aufhören wieder zu füllen. In kurzer Zeit entwickelte sich die Geschwulst bis zu doppelter Faustgröße und drohte zu bersten. Unter Spinalanästhesierung wurde sie entfernt, wobei Lymphgefäße von fast Kleinfingerdicke eröffnet wurden, aus denen sich ein heftiger Lymphstrom ergoß; er sistierte auf Klemmen- und Gazekompression. Die Heilung erfolgte p. p.

Christel (Metz).

33) **E. Kirmisson.** Des résultats fournis par la méthode non sanglante dans le traitement des luxations congénitales de la hanche.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 3.)

Bericht über K.'s eigene Erfahrungen in den letzten 5 Jahren. Bei 27 einseitigen Verrenkungen ist 17mal die Rücklagerung des Kopfes erreicht worden bei Kindern im Alter von 32 Monaten bis $13^{1}/_{2}$ Jahren. Nur in 3 Fällen ist der Kopf an die normale Stelle gebracht, in 10 Fällen liegt er etwas nach oben und außen von der Pfanne. Zur Feststellung der anatomisch vollkommen gelungenen Einrichtung benutzt K. die Lage der Arterie, welche gerade vor dem Kopfe pulsieren muß. Funktionell ist in der Mehrzahl der Fälle das Ergebnis ein sehr befriedigendes. Diesen operativen Erfolgen stehen einige Beobachtungen gegenüber, aus denen hervorgeht, daß auch da, wo der Kopf nicht verlagert worden ist, unter Umständen der Zustand ein ziemlich zufriedenstellender werden kann. Selbst bei erheblicher Verkürzung kann durch Feststellung des Kopfes in mäßiger Abduktion, wie es Paci wollte, eine ganz gute Funktion geschaffen werden, welche eben nicht von einer Reposition um jeden Preis abhängt. — Von 27 doppelseitigen Verrenkungen sind 21 der unblutigen Behandlung unterworfen, in einigen Fällen mit anatomisch so gut wie vollkommenem Erfolg, 12mal mit bloßer Umlagerung



des Kopfes, in 3 Fällen mit einseitiger, in einem Falle mit doppelseitiger Rückverrenkung. Auch bei der doppelseitigen Verrenkung zeigt sich, daß bei Nichtrückbringung des Kopfes das Schlußergebnis kein schlechtes zu sein braucht. Bei 4 von 6 nicht behandelten Kindern ist der Gang nach 1—3 Jahren Beobachtung leidlich. Es geht aus allen Beobachtungen hervor, wie verwickelt die Verhältnisse sind, von denen eine gute Funktion bei diesem Leiden abhängt; die unblutige Operation, so gut die Methode genannt werden muß, ist nicht die Bedingung zum Erfolg. — Für seine eigene Technik hat K. immer daran festgehalten, die angeborenen Verrenkungen ebenso wie die traumatisch und pathologisch erworbenen nicht mit Gewalt zu behandeln; die Hindernisse sollen umgangen, nicht bezwungen werden. Er verwirft vollkommen die gewaltsame Streckung, er hat allerdings auch vom Dauerzuge als Vorbereitungsakt kaum je eine ins Gewicht fallende Verlängerung gesehen. Seine Einrenkung setzt sich zusammen aus vollkommenster Beugung, von deren Gelingen die Herabführung des Kopfes in die Nähe des Tuber ischii, der Erfolg der Operation in erster Linie abhängt, Abduktion, event. unter Tenotomie der Adduktoren, Zirkumduktion zur Ausdehnung der Kapsel; der Kopf gelangt dabei auf den Pfannenrand. Die eigentliche Einführung des Kopfes in die Pfanne geschieht durch Beugung des Gliedes mit leichter Abduktion und Rotation nach außen — der Kopf schlüpft vom unteren Rande her in die Pfanne unter direktem Druck mit der anderen Hand und erscheint unter der Leiste an der bekannten Stelle. Nachbehandlung nach Lorenz'schen Grundsätzen: 2 Monate Gipsverband in rechtwinkliger gezwungener Abduktionsstellung, während welcher Zeit Kniebewegungen angestellt werden sollen. Dann wieder in Narkose Streckstellung, dann nach 2 Monaten Stellung in Rotation nach innen. Dauer der Behandlung 6—8 Monate.

Herm. Frank (Berlin).

34) **Walter.** Rupture spontanée de l'artère fémorale.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 77.)

Der 65jährige Pat. fühlte plötzlich einen lebhaften Schmerz in der Mitte des Oberschenkels. An derselben Stelle bildete sich gleich darauf eine deutliche Schwellung. Pat. ging noch einige Tage herum, bis er sich entschloß, W. zu konsultieren. Die Diagnose »diffuses Aneurysma des rechten Oberschenkels« bestätigte sich bei der Operation nicht, vielmehr handelte es sich nur um die Ruptur der atheromatösen Arterie. Es wurden 8 cm des Gefäßes reseziert.

V. E. Mertens (Breslau).

35) **Patel et Viannay.** Deux cas de kystes de la région du genou (Clinique Jaboulay).

(Revue d'orthpédie 1903. Nr. 4.)

Bericht über zwei Cystenbefunde ohne Zusammenhang mit dem Gelenk aus traumatischer Entstehung in der Kniekehle. Im ersten Falle handelte es sich um ein Sehnenganglion aus der eigenen Scheide des Semimembranosus mit Einbruch in den gemeinsamen Schleimbeutel des Semimembranosus und Biceps; im zweiten Falle hatte sich ein künstlicher Schleimbeutel durch Erguß von Serum gebildet, und aus Versuchen und anatomischen Untersuchungen konnten Verff. feststellen, daß in der Höhe der Tuberositas interna der Tibia, zwischen der tiefen Lage der oberflächlichen Fascie und der oberflächlichen Lage der Aponeurose, ein Raum sich leicht abspaltet, welcher zuweilen (4mal auf 15 Individuen) den Charakter eines echten Schleimbeutels annimmt und welcher also zu den von Poirier als ständigen Befund anerkannten drei Schleimbeuteln als gelegentlich vorkommend hinzu gerechnet werden muß. Klinische Sondereigenschaften besitzen diese nicht.

Herm. Frank (Berlin).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 45. **Sonnabend, den 7. November.** **1903.**

Zur Exstirpation des Wurmfortsatzes.

Von

Prof. Dr. **A. Zeller** in Stuttgart.

Die Art und Weise wie der Wurmfortsatz bei den Operationen wegen Perityphlitis in der Regel entfernt wird, ist die, daß das von seinem Mesenterium befreite Organ dicht nach seinem Abgang vom Coecum unterbunden und abgetragen wird, nachdem aus der Serosa eine Manschette gebildet war, die dann über den Stumpf genäht wird. Wer dann noch ganz sicher gehen will, stülpt den Stumpf

in das Coecum hinein, dessen Wände dann über ihm vernäht werden. Dieses Vorgehen birgt aber gewisse Nachteile in sich, die doch einmal unseren Kranken gefährlich werden können. Denn man läßt dabei ein mit infektiösem Inhalt gefülltes Stück des Fortsatzes zurück, von dem man nie wissen kann, ob es nicht einmal zur Bildung eines Abszesses führt, der dann in die Bauchhöhle durchbrechen kann. Gewiß ist ein derartiges Ereignis sehr selten, und ich selbst habe nie derartiges erlebt. Daß es aber vorkommt, beweist ein von Herman[1] mitgeteilter Fall, in dem ein Kranker fünf Tage nach der so ausgeführten Operation an dem Durchbruch eines solchen Abszesses zu Grunde ging. Herman hat deshalb zur Vermeidung derartiger Unglücksfälle empfohlen, den Processus einige Millimeter oberhalb der Basis zu amputieren ohne ihn zu unterbinden, den Stumpf in das Lumen des Blinddarms einzustülpen und über ihn eine zweireihige Naht zu legen.

Ein weiterer Nachteil der gewöhnlichen Methode liegt in dem Umstand, daß bei akut entzündlichen Prozessen die Wand des Coecums oft so brüchig ist, daß die Fäden, die man über dem eingestülpten Stumpf anlegen will, durchschneiden.

Um diese Nachteile zu umgehen, möchte ich vorschlagen, an die Stelle der Resektion des Processus vermif. die Exstirpation desselben zu setzen. Nachdem er aus der Umgebung freigemacht und sein Mesenterium abgelöst ist, wird er angezogen und mit einem spitzen Messer an seiner Basis elliptisch umschnitten und so aus dem Coecum ausgelöst. Der kleine Defekt in diesem wird durch eine zweireihige Naht geschlossen. — Den Austritt von Kot aus dem Coecum braucht man nicht zu fürchten, da dasselbe teils durch vorausgegangene Opiumbehandlung, teils durch die Entzündung gelähmt ist. Um ihn sicher zu vermeiden, kann man vor der Exstirpation zwei Fadenzügel zu beiden Seiten des Processus durch das Coecum legen und seine Wand dadurch nach oben ziehen.

Das Verfahren ist so naheliegend, daß auch wohl andere es schon angewandt haben werden. Es hat sich mir in einer ganzen Anzahl von Fällen stets bewährt, und ich wage es seit seiner Einführung bei Fällen, die im freien Intervall operiert werden, die Bauchwunde ohne Drainage völlig zu verschließen. Es dürfte das sicherste Mittel sein, um die lästigen Kotfisteln, die bei der bisherigen Methode doch nicht so ganz selten zurückbleiben, zu vermeiden. Ich habe wenigstens eine solche nie mehr auftreten sehen.

---

[1] Zentralblatt für Chirurgie 1901. p. 1028.

1) **E. de Renzi** und **G. Boeri.** Das Netz als Schutzorgan.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 34.)

Zum Zwecke der Erkenntnis der Funktionen des Netzes haben Verff. zahlreiche Experimente mit Hunden angestellt, deren Resultate folgende waren:

1) Wenn man bei Hunden den Hauptstamm der Vena splenica oder der Arteria splenica unterbindet, oder die korrespondierenden Äste der V. und A. splenica mit der V. oder A. gastro lienalis, so bewahrt die Milz auch $2^1/_2$ Monate später ihre Integrität. Man findet das Netz oft auf der Milz, sein Gefäßreichtum ist ungewöhnlich, und zahlreich sind bei der Trennung blutende Verbindungen mit der Milz.

2) Hebt man die Zirkulation in der Milz durch Unterbindung aller zu- oder abführenden Gefäße nahe dem Hilus auf, so wird das Organ nekrotisch. Man sieht dann schon nach wenigen Tagen, wie das Netz das seiner Zirkulation beraubte Organ umwallt. Die Milz wird langsam und vollständig resorbiert.

3) Wenn man alle Milzgefäße unterbindet und gleichzeitig das Netz soweit als möglich entfernt, tritt Gangrän, aber keine Resorption ein, und die Tiere sterben innerhalb 24—48 Stunden. Verlegt man die beiden Operationen in zwei verschiedene Zeiträume, so sterben die Tiere später.

Exstierpiert man nach 10—12 Tagen die gangränöse Milz und spritzt den Saft derselben Hunden mit und ohne Netz ein, so übt derselbe eine mehr oder minder toxische Wirkung aus.

4) Die gleiche Tätigkeit übt das Netz auch aus, wenn man die Gefäße am Hilus einer Niere unterbindet; diese wird alsdann zuerst vom Netz umkapselt, um alsdann langsam digeriert und resorbiert zu werden.

5) In die Bauchhöhle eingeführte Fremdkörper werden vom Netz eingekapselt und können ohne jegliche Störung dauernd darin bleiben.

Die Versuche, durch welche Verff. die Fähigkeit des Netzes, korpuskuläre Elemente zu resorbieren, und die hämolytische Tätigkeit der Membran unter physiologischen Verhältnissen gezeigt zu haben glauben, bringen zum Teil die Bestätigung älterer Erfahrungen, zum Teil neue Gesichtspunkte für die Therapie, weshalb sie für den Chirurgen auch ein praktisches Interesse haben. Gegen einen Satz aber der Autoren müssen diese letzteren ein Veto einlegen: »die meisten Chirurgen wirtschaften mit ihm (dem Netz) mit einer Gleichgültigkeit herum, als handle es sich um ein Organ, dessen Gegenwart keinerlei Nutzen bringt und dessen Anwesenheit ohne Bedeutung für den Organismus ist.« Der erfahrene Chirurg wird nie ohne Grund Netz abbinden, da er weiß, daß es dann irgendwo in der Bauchhöhle verwächst, daß nach ausgedehnten Netzresektionen Thrombosen und Embolien beobachtet werden, da er die segens-

reiche Tätigkeit des Netzes, einen Abschluß der Bauchhöhle gegen Entzündungsherde zu bilden, kennt, um nur einige Beispiele anzuführen. Wenn es aber gilt, von zwei Übeln das kleinere zu wählen, werden wir auch fernerhin das Netz, namentlich das stark veränderte, resezieren.

Langemak (Rostock).

---

2) **C. Lenormant.** Traitement opératoire des plaies du diaphragme.

(Revue de chir. 23. ann. Nr. 5.)

Die Behandlung der Zwerchfellwunden durch Naht ist relativ neueren Datums. Veröffentlicht sind bisher 21 Fälle von operativ geheilten Verletzungen des Zwerchfells, denen L. zwei weitere beifügt. Die Zahl dieser Beobachtungen dürfte ausreichen, um einige allgemeine Regeln für unser Verhalten den Durchtrennungen des Zwerchfells gegenüber aufzustellen. Nach L. würden dieselben etwa wie folgt zu formulieren sein:

Die Wunden des Zwerchfells — d. h. die perforierenden thorakoabdominalen Verletzungen — sind als ernste, für die spätere Zukunft besonders, zu betrachten. Sie setzen der Bildung von Zwerchfellhernien aus, deren Einklemmung häufig ist und meist zum Tode führt. Daher ist jede frische Zwerchfellwunde als dringend chirurgischer Behandlung bedürftig anzusehen. Wir werden eine solche vorauszusetzen haben, wenn eine perforierende Brustwunde mit Netzvorfall einhergeht.

Der Zugang zur Zwerchfellwunde vom Bauche her ist schwierig und meist ungenügend. Hinderlich ist sowohl der Rippenbogen als auch das Andrängen der Eingeweide und die unzureichende Beleuchtung. Dementsprechend sind die Resultate der Eingriffe am Zwerchfell per laparotomiam ungünstig (50% Todesfälle). Hingegen bietet das Eingehen vom Brustkorb her, was auch meist durch die Verletzung des Brustraums selbst vorgezeichnet ist, weit besseres Licht, ungehindertes Manipulieren und daher bessere Heilerfolge (nur 4% Todesfälle).

Die Wunde kann in der gleichen Weise wie bei der transpleuralen Eröffnung subdiaphragmatischer oder hochgelegener Leberabszesse extrapleural verlegt und dann vernäht werden. Idealer ist jedenfalls Nahtverschluß und völlige Restaurierung des Pleuraraums. Der Pneumothorax, ob schon vorher, ob beim Eingriff entstanden, schwindet meist sehr bald.

Christel (Metz).

---

3) **F. Brunner.** Das akut in die freie Bauchhöhle perforierende Magen- und Duodenalgeschwür.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 101.)

B., welcher selbst 2 Magengeschwürsperforationen (eine mit Erfolg) und eine Duodenalgeschwürsperforation (mit Erfolg) zu operieren



hatte, liefert hier eine außerordentlich fleißige Arbeit, in welcher er nach tunlichst vollständiger Sammlung aller einschlägigen Publikationen und ca. 460 Operationsfälle verwertend die Statistik, Ätiologie, Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose, Therapie, Erfolge der Operation und deren Heilungsverlauf bei der Magen- und Duodenalgeschwürsperforation in durchaus erschöpfender Weise erörtert. Seine Abhandlung ist deshalb als eine bestens brauchbare Fundgrube für alles, was dieses für die operative Chirurgie heute so wichtige Kapitel betrifft, zu sorgfältigem Studium zu empfehlen. Ihr reicher Inhalt ist durch ein Referat nicht zu erschöpfen, und können nur einzelne Punkte als besonders hervorhebenswert bezeichnet werden.

Statistisch ist die auffällig hohe Zahl der in England beobachteten Fälle merkwürdig (von insgesamt 380 Magen- und 86 Duodenalperforationen 241 bezw. 24 aus England). Die Duodenalperforationen erscheinen besonders bei französischen und schweizerischen Autoren häufig. Im übrigen zeigt sich am Duodenalgeschwür das männliche Geschlecht ungleich stärker beteiligt als das weibliche (10 : 1), ein Umstand, der diagnostisch verwertbar ist. Die meisten Geschwürsperforationen fallen in die Monate Oktober bis März; die Einnahme der Nahrung resp. Magenfüllung spielt als Gelegenheitsursache für die Perforation nicht die große Rolle, die man a priori anzunehmen geneigt ist. Die Magenperforationen sitzen weit häufiger an der vorderen als an der hinteren Wand (im Verhältnis von 7 : 1), öfter nahe der Cardia als dem Pylorus (im Verhältnis von 5 : 3) und beon ders an der kleinen Kurvatur. Ihr Aussehen ist meist das einer wie mit dem Locheisen ausgeschlagenen Öffnung inmitten einer mehr oder weniger ausgedehnten starren Partie der Magenwand, ihre Größe beträgt in mehr als der Hälfte der Fälle über 1 cm. Es sind sowohl mehrfache, gleichzeitige Perforationen, als auch mehrfache Geschwüre beobachtet. Die Duodenumperforationen verhalten sich ähnlich und sitzen meist unmittelbar unterhalb des Pylorus. In der Bauchhöhle findet sich meistens mehr oder weniger freies Gas und in ihrem Aussehen, Geruch und Menge naturgemäß sehr wechselnde aus dem Magen entleerte Flüssigkeit, vermischt mit den genossenen Getränken und Speisen, wobei von Wichtigkeit ist, daß der salzsäurehaltige Magensaft nicht sehr virulent ist. Von den Symptomen ist der plötzliche exzessive Schmerz das wichtigste, und wird am Magen wie am Duodenum der spontane Schmerz meist an die Perforationsstelle verlegt, während der Druckschmerz beim Magen auch an diese, beim Duodenum dagegen meist in die Ileocoecalgegend verlegt wird. Die initiale starke Bauchdeckenspannung hält meist bis etwa zur 11. Stunde an, um dann mit der nun beginnenden Peritonitis einer Auftreibung des Leibes Platz zu machen. Auch die Atmung ist als ganz oder fast ganz kostal und beschleunigt sehr charakteristisch. Für die Diagnose ist wichtig, daß die meisten Pat. vor der Katastrophe schon jahrelang an Geschwürsbeschwerden ge-

litten haben. Weitere sehr eingehende Details über Symptomatologie, Diagnose und Differentialdiagnose siehe im Original.

Was die Operation betrifft, welche der Diagnosenstellung tunlichst auf dem Fuße folgen soll, auch bei noch bestehendem Chok, so ist stets Allgemeinnarkose zu raten. Nach Eröffnung des Bauches ist zunächst auf freies Gas zu achten, dann sofort, event. unter Leitung der vorquellenden Flüssigkeit, auf die Durchbruchsstelle zu fahnden, wobei die Magenvorderwand unter Hochheben der Rippen und der Leber, die Hinterwand unter Passierung des kleinen Netzes bezw. des Mesocolon transversum abgesucht wird. Nach Auffindung des Loches Hervorziehen des Magens und wenn irgend möglich nach Anlegung von Klemmen Exzision des Geschwürs außerhalb der indurierten Zone. Andere Versorgungsarten für die Perforation, Übernähen mit serösen Nähten, Tamponade, Aufnähen von Netz, sind minderwertig, ganz zu verwerfen das Einnähen der Perforation in die Bauchwunde. Bei Reinigung der Bauchhöhle vom eingeflossenen Mageninhalt soll man sich je nach Umständen eklektisch verhalten. Ist die Verunreinigung mäßig, so genügt trockenes Auswischen, ist sie ausgedehnter, so soll gründlich gespült werden, eventuell unter Eventration der Därme. Ebenso ist je nach Umständen bald zu drainieren, bald die Wunde ohne Drains zu schließen. Die Nachbehandlung der vielen in der Rekonvaleszenz möglichen Komplikationen bietet nichts Eigentümliches. Was die Statistik der bislang erzielten Heilungen betrifft, so ergibt sich mit Wahrscheinlichkeit, daß höchstens ein Drittel der Operierten geheilt, und daß die Prognose beim Duodenalgeschwür schlechter ist als beim Magengeschwür. Sehr deutlich lehrt die Statistik auch, daß, je später die Operation ausgeführt, um so schlechter die Heilungsaussicht ist. Insbesondere wird von der 11. Stunde an, wo die peritonitischen Erscheinungen beginnen (siehe oben), die Prognose übel.

Zum Schluß der Arbeit stehen das alphabetisch geordnete kasuistische Literaturverzeichnis von 586 Nummern, B.'s eigene drei Krankengeschichten, sowie mehrere andere aus Schweizer Spitälern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **T. Jonescu** (Bukarest). Die Appendicitis.

(Revista de chirurgie 1903. Nr. 6 u. 7.)

In der sehr interessanten und lehrreichen Arbeit gelangt J. zu folgenden Schlüssen: Die klinischen Formen der Appendicitis sind derart verschieden von Fall zu Fall, daß es schwer fällt, ein Schema aufzustellen und dieselben in gewisse Krankheitsgruppen einzureihen. Abgesehen von den larvierten Formen, welche unter den verschiedensten Symptomen in Erscheinung treten können, könnte man folgende Gruppen unterscheiden: einfache Appendicitis oder appendikuläre Kolik, adhäsive oder eitrige umschriebene appendikuläre Peritonitis, allgemeine septische oder eitrige appendikuläre Peritonitis

und endlich appendikuläre Septhämie (Appendicitis hypertoxica). Eine seltene Form ist die aktinomykotische Appendicitis.

Anfangs können alle Appendicitisformen, selbst die leichtesten, eine peritoneale Reaktion (Peritonismus) hervorrufen, welche nicht mit allgemeiner Peritonitis verwechselt werden darf. Die Diagnose der Appendicitis ist im allgemeinen leicht, das Erkennen der betreffenden Form, namentlich im späteren Verlaufe der Krankheit, oft recht schwer. Das Hauptsymptom, welches schon von Anfang an das Unterscheiden einer schweren, septischen Appendicitis von einer leichten gestattet, ist die Diskordanz zwischen Pulsfrequenz und Temperatur. Plötzliche Verschlimmerungen und Besserungen können im Laufe der Krankheit auftreten, so daß die Prognose mit Vorsicht gestellt werden muß; nur langjährige Erfahrung und ein gewisses klinisches Gefühl können in dieser Beziehung brauchbare Anhaltspunkte geben. Auch darf nicht vergessen werden, daß gewöhnlich keinerlei Übereinstimmung zwischen klinischen Symptomen und Schädigungen des Wurmfortsatzes besteht.

Jede Appendicitis soll von Anfang an medizinisch behandelt werden. Durch absolute Ruhigstellung, Verabreichen von Extr. opii, 5—10 cg pro Tag, Eis auf den Bauch, absolute Diät, mitunter massige Einspritzungen von künstlichem Serum, subkutan oder intravenös, Magenwaschungen bei unstillbarem Erbrechen. Der chirurgische Eingriff soll nur nach Aufhören der initialen peritonealen Erscheinungen vorgenommen werden, wenn die Krankheit sich mit oder ohne Abszeß lokalisiert hat. Das Aufsuchen des Wurmfortsatzes soll nicht allzu weit getrieben, seine Resektion nur dann vorgenommen werden, wenn er sich gleichsam selbst zeigt. Eventuelle Darmfisteln, die nach der Operation zurückbleiben, heilen fast immer spontan.

E. Toff (Braila).

---

5) **G. Dieulafoy.** Étude sur l'association de l'appendicite et de la cholocystite avec ou sans péritonite.

(Bull. de l'acad. de med. Année LXVII. 3. Serie. Nr. 24.)

Das relativ häufige Zusammentreffen dieser beiden Entzündungen ist uns zwar nichts Neues mehr; immerhin bedarf das Abhängigkeitsverhältnis derselben voneinander noch der Klärung, und ihre genaue Kenntnis und Diagnose ist von großer praktischer Wichtigkeit.

Die Kombination kann sich in verschiedener Weise äußern, je nach den vielfältigen Entzündungsformen des Wurmfortsatzes und der Gallenblase; oft jedoch beginnt die Erkrankung mit den Symptomen der Cholecystitis. Sie erscheint als das Primäre aus mehreren Gründen; häufig findet man noch keine Steine in der Blase, als Zeichen relativ frischer Erkrankung. Außerdem finden wir in den Fällen primärer Appendicitis je nach der »toxi-infektiösen« oder der retrocoecal aufsteigenden purulenten Form die Leber selbst infiziert oder die untere und obere Leberfläche von Eiter umspült, die Gallenblase jedoch gesund. Es liegt für die miteinander auftretende

Cholecystitis und Appendicitis die Vermutung nahe, daß zuerst die Gallenblase und absteigend der Wurmfortsatz erkrankt.

Es ist von grundsätzlicher Bedeutung, die hinzutretende Appendicitis rechtzeitig zu erkennen; sie ist die gefährlichere und verbietet die abwartende Behandlung, die für Cholecystitis eher zu rechtfertigen sei.

D. stützt sich auf ca. 47 teils eigene, teils Publikationen von Kehr und Müller entlehnte Beobachtungen. **Christel** (Metz).

---

6) **Vésignié.** Contribution a l'étude des hernies de l'appendice et du coecum.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1903. 103 S. 2 Abbildungen.

In einer historischen Einleitung gibt V. einen kurzen Überblick über die Entwicklung unserer Kenntnis der normalen Anatomie und der pathologisch-anatomischen Verhältnisse des Blinddarms und Wurmfortsatzes. Bei der Ätiologie der Hernien dieser Darmabschnitte glaubt er eine Prädisposition des höheren Alters trotz einiger Statistiken mit anderem Ergebnis annehmen zu sollen. Im allgemeinen sind die Ursachen für das Auftreten dieser Brüche dieselben wie bei den gewöhnlichen Brüchen. Die pathologisch-anatomischen Verhältnisse werden dann an der Hand von 15 aus der Literatur zusammengestellten Fällen besprochen. Wurmfortsatz resp. dieser und Blinddarm sind als Bruchinhalt am häufigsten bei Leistenbrüchen gefunden, weniger oft findet sich jener in Schenkel-, ganz ausnahmsweise in Nabelbrüchen. Besonders merkwürdig ist, daß bei den Coeco-appendicularhernien der Leistengegend in seltenen Fällen der Bruchsack fehlen kann, was auf einen abnormen Verlauf des Bauchfells im Bereich des Blinddarms zurückzuführen ist. Neben Wurmfortsatz und Blinddarm finden sich häufig noch Dünndarmschlingen, Netz usw. im Bruchsack. Außer den von den gewöhnlichen Brüchen her bekannten Veränderungen des Bruchinhalts bieten die hier in Frage kommenden Hernien noch eine Besonderheit dadurch, daß der in ihnen gelegene Wurmfortsatz entzündlich erkranken kann, mit dem häufigen Ausgang in Phlegmone des Bruchsacks resp. Appendixfistel. — In dem Kapitel über die Pathogenese der besprochenen Hernien wird nach einem Überblick über die normale Anatomie von Blinddarm und Wurmfortsatz die ältere Auffassung über die Entstehung dieser Hernien zurückgewiesen, nach welcher sich der Blinddarm im subperitonealen Bindegewebe herabsenken sollte; das ist nur in den Ausnahmefällen anzunehmen, in denen kein peritonealer Bruchsack existiert. Verf. neigt zu der Annahme, diese Brüche seien als sekundäre Affektionen aufzufassen. — Da es keine für die fragliche Affektion spezifische pathognomonische Symptome gibt, so läßt sich ihre Diagnose nie mit Sicherheit stellen, kommt es leicht zu Verwechslungen mit Netzeinklemmungen, eingeklemmter Enterokele, Ovarial- und Tubenhernien und Ektopie des Hodens, sowie bei

Schenkelbrüchen mit Lymphknotenentzündung und Varikokele. Diese Verwechslungen sind besonders leicht in Anbetracht der Komplikationen, welche bei den in Frage kommenden Hernien auftreten können. Solche sind: 1) die Kotanhäufung in dem im Bruchsack liegenden Blinddarm, ohne daß eine wirkliche Abschnürung des Darmes vorliegt, 2) die akut oder chronisch, in wiederholten Anfällen verlaufende und zu Verwachsungen führende Entzündung des Bruchinhalts ganz allgemein, 3) die Inkarzeration und 4) die spezifische Entzündung des im Bruchsack gelegenen Wurmfortsatzes (Appendicite herniaire). Die Kapitel »Symptome und Komplikationen« und »Diagnose« werden durch weitere Fälle (Nr. 14—38) erläutert und belegt. Unter den »klinischen Beobachtungen« finden sich auch zwei bisher nicht veröffentlichte Fälle der Klinik Le Dentu eingehend beschrieben. Die Prognose ist im allgemeinen wegen der zahlreichen möglichen Komplikationen nicht günstig, eine Besserung in dieser Hinsicht für die Zukunft von einem früheren operativen Eingreifen zu erwarten; die Therapie besteht rationellerweise nur in einem operativen Eingreifen: liegt der Wurmfortsatz im Bruchsack, so soll er in typischer Weise reseziert werden. Bei eingetretenen Komplikationen muß das Operationsverfahren gemäß allgemein-chirurgischen Gesichtspunkten in jedem einzelnen Falle gestaltet werden.

Dettmer (Bromberg).

---

7) **L. Gratschoff** (Uleåborg). Beiträge zur Behandlung der Leistenbrüche.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLII. p. 576, Bd. XLIV. p. 222. [Schwedisch.])

Nach einigen theoretischen Erwägungen über die Entstehung der Brüche, besonders der äußeren Leistenbrüche, beschreibt Verf. ein neues Operationsverfahren, das darauf hinzielt, das Peritoneum nicht zu eröffnen. Durch Vereinigung der beiden Schenkel des Leistenbandes und Vermehrung der Spannung in der äußeren (bezw. lateralen) Wand sucht Verf. die natürliche Widerstandsfähigkeit der Bruchpforte wieder herzustellen. In der ersten Publikation hat er dies zu erreichen gesucht mittels Einführung eines korkzieherartigen Instruments in die zu vereinigenden Gewebe. Wenn die Heilung hinlänglich vorgeschritten ist, wird das Instrument entfernt, und die kleine Einstichwunde granuliert ohne Eiterung. — Ein 14jähriger Knabe ist in dieser Weise von einem taubeneigroßen Bruche dauernd befreit worden.

Da jedoch der Korkzieher gewisse Unbequemlichkeiten mit sich brachte, hat Verf. ihn in der zweiten Publikation verlassen und operiert jetzt — immer in dem Bestreben, die Bauchhöhle nicht zu eröffnen — mittels eines kleinen Stahlbogens, dessen beide kugelförmige Enden mit in die Nahtlegung eingezogen sind und einer Hakenvorrichtung, um den Draht zu befestigen. Zwischen den

beiden Bogenschenkeln ist der Abstand 13 cm, die Kugeln sind von einem Loche durchsetzt.

Die Operation wird in folgender Weise ausgeführt. Etwa 6 cm langer Hautschnitt längs der inneren Abteilung des Lig. Pouparti. Freilegung der Aponeurose des M. obliq. ext. und des Lig. Pouparti. Die beiden den Leistenring umgebenden Schenkel werden mit je einer Pinzette gefaßt. Ein mit Nadel versehener dicker Seidenfaden wird an dem einen hakenfreien Ende des Bogens befestigt. Die Nadel wird einige Zentimeter vom medialen Wundwinkel durch die Haut geführt, dann durch den oberen, weiter durch den unteren Schenkel je einigemale, so daß eine genügende Öffnung für den Samenstrang bleibt. Danach wird die Nadel durch die Haut etwa 1 cm lateralwärts vom äußeren Wundwinkel ausgestochen, schließlich durch das Loch im anderen Ende des Bogens. Nach Entfernung der Nadel wird der Faden gespannt und der Bogen in passende Stellung gebracht. Der Faden wird an den Haken befestigt und die Hautwunde vernäht. Nach Verlauf einer Woche wird der Bogen entfernt.

Damit werden alle versenkten Nähte umgangen, die so häufigen Ursachen von Späteiterungen. Die Operation ist durch die Anwendung des beschriebenen Bogens höchst vereinfacht, absolut ungefährlich und kann nötigenfalls erneuert werden, ohne daß störende Narbenbildungen, wie nach anderen Operationen, auftreten.

Nach dieser Methode hat Verf. zwölf Fälle operiert, die zwischen 5—19 Monaten nach der Operation beobachtet worden sind. Nur in einem Falle ist Rezidiv eingetreten. (Von vier Fällen sind jedoch keine Erkundigungen eingetroffen.) Das Alter der Operierten — sämtliche waren männlichen Geschlechts — schwankte zwischen 7 und 59 Jahren. **Hansson** (Cimbrishamn).

8) **T. Honda.** Zur Radikaloperation der Leistenbrüche.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 32.)

H. modifiziert die Methode nach Bassini in der Weise, daß er nach möglichst hoher Abbindung und Durchtrennung des Bruchsackes diesen resp. das Bauchfell noch etwa 4 cm von der Fascia transv. ablöst, die beiden Enden des Fadens, mit dem der Bruchsack abgebunden ist, in einer Entfernung von einigen Zentimetern voneinander von hinten nach vorn durch die ganze Muskelschicht hindurchsticht und über der Aponeurose des M. obliq. ext. fest verknotet. Ähnlich hat er auch die Radikaloperation der Schenkelbrüche modifiziert. Der übrige Vorgang bei der Operation unterscheidet sich in nichts von Bassini. **Borchard** (Posen).

9) **H. Morestin.** Cure esthétique des hernies inguinales chez la femme.

(Bull. et mem. de la soc. anat. de Paris Année LXXVII. 6. Serie. Nr. 3.)

M., der es sich zur Aufgabe macht, überall, wo die Indikation es gestattet, die Operationsnarben möglichst unsichtbar — in Falten, behaarte Teile usw. — zu legen, hat 3mal bei jungen Frauen die Radikaloperation von Leistenbrüchen — einfachster Form natürlich — von einer ca. 4 cm langen Inzision im Mons veneris aus durchführen können. Sie verläuft »in der Achse des Mons veneris bis an die vordere Kommissur der großen Schamlippen«. Mittels Wundhaken wird die bis auf die Fascie durchtrennte Haut nach außen verzogen, kleine spannende Faserzüge, die Ausbreitungen des Lig. rotund. werden zerschnitten; dann erreicht man bequem den Bruchsack, der freigelegt, hervorgezogen und abgebunden werden kann. Die äußere Wandung des Kanals wird durch einige Catgutknopfnähte geschlossen, da der kleine Einschnitt die — hier im übrigen entbehrlich — Ausführung eines tieferen Verschlusses nicht gestattet.

Christel (Metz).

---

10) **F. Leuzzi.** Processo radicale per l'ernia crurale.

(Clinica chirurgica 1902. Nr. 8.)

Ein Vorschlag zur Radikaloperation des Schenkelbruchs, der bisher nur am Kadaver versucht wurde.

Der untere Rand des M. obliquus internus und des M. transversus wird samt der Fascia transversa an das Lig. pubicum (Cooperi) genäht. Die Aponeurose wird nachgiebiger, wenn sie 2,5 cm oberhalb der Rektussehne eingeschnitten wird, und läßt sich ohne Spannung vereinigen. Die Nähte sind von vorn nach rückwärts anzulegen, von der V. femoralis bis zum Tuberculum pubicum. Der Arcus cruralis wird wiederhergestellt, indem der äußere Pfeiler, gegen die Vene zu, und der innere, gegen das Tub. pubicum, an die Aponeurose und den M. pectineus genäht werden.

L. rühmt seinem Verfahren nach, daß es die Forderungen anderer erfülle und durch neue Vorteile sie übertreffe: Die Bruchpforte wird durch eine doppelte Barrière geschlossen, und da die Narbe auf den horizontalen Schambeinast verlegt ist, wird diese soweit als möglich dem intraabdominalen Druck entzogen; die innige Verwachsung der Schichten wird durch die Mobilisierung der Aponeurose gefördert; der präperitoneale Raum wird auf ein Minimum reduziert und so die Entwicklung eines Hämatoms erschwert; der Bauchfellsack wird ganz verflacht. Das Verfahren ist für jede Art von Schenkelbrüchen anwendbar, auch properitoneale.

J. Sternberg (Wien).

---

11) **Mayo.** Further experiences with the vertical overlapping operation for the radicale cure of hernia.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Juli 25.)

Operation: 1) Querer elliptischer Schnitt um den Nabelbruch, vertieft bis zum Bruchring.

2) 5—6 cm um den Bruchring wird die Fascie sorgfältig freipräpariert.

3) Vorziehen des Bruches mit dem Bruchsack nach Reposition etwaiger Darmschlingen, Zirkulärschnitt um den Bruchsackhals, der seinen Inhalt freilegt. Das im Bruch enthaltene Netz wird abgebunden und samt Bruchsack entfernt.

4) Je ein Querschnitt, 2 cm lang, durch die aponeurotischen und peritonealen Teile des Bruchringes nach jeder Seite, bildet einen oberen und einen unteren Lappen; vom oberen wird das Peritoneum etwa 5—6 cm nach oben abgelöst, so daß zwischen ihm und Fascie eine Tasche entsteht.

5) Vom oberen Fascienlappen, am Ende der Tasche beginnend, werden 2—4 Matratzennähte angelegt, die den unteren Lappen mit ihrer Schlinge fassen. Dann wird soweit angezogen, daß oberes und unteres Bauchfell mit Catgut fortlaufend genäht werden können. Dann werden die Matratzennähte scharf angezogen, so daß der ganze untere Lappen in die Peritoneal-Fascientasche hineingezogen wird.

6) Der freie Rand des Oberlappens wird unten auf die Fascie genäht, Hautnaht. —

Ähnlich kann auch der Lappenverschluß von seitwärts gemacht werden, aber der von oben und unten ist besser, weil der intraabdominale Druck befestigend wirkt. Seit 1895 sind beide Verfahren zusammen 35mal ausgeführt, das Verfahren mit Ober- und Unterlappen allein 25mal. Ein Rückfall nach Seitenlappenoperation. Die Vertikallappenoperation ist leichter und schneller ausführbar als sonst irgend eine. M. rechnet auf so sichere Erfolge wie bei Leistenbruch.

Trapp (Bückeburg).

---

12) **J. Boeckel.** De l'ablation de l'estomac. (Ablation totale et subtotale.)

Paris, **G. Baillière & Co.,** 1903. 192 S. Avec XI planches.

Mit den totalen Magenexstirpationen werden der gleichen Schwere des Eingriffs halber die ungewöhnlich ausgedehnten Magenresektionen besprochen im Anschluß an eine derartige Operation, die Verf. bei einer 38jährigen Frau ausgeführt hat. Es war hierbei nur ein kleiner Teil des kardialen Magenendes stehen geblieben. Bei der gut geheilten Kranken trat nach reichlich einem halben Jahre der Tod ein infolge Darmverschluß. Er konnte durch Exstirpation des retroflektierten fixierten Uterus und durch eine nochmalige Laparotomie mit Anlegung eines Kunstafters nicht aufgehalten werden. Bei der Obduktion wurde eine Verengerung im Colon

transversum infolge Narbenzugs und eine zweite am Beginn des Mastdarms gefunden; kein Rezidiv. Der neue Magen war an der der kleinen Kurvatur entsprechenden Seite 10, an der konvexen 22 cm lang. Es werden dann 37 Fälle aus der Literatur einschließlich vier eigenen des Verf.'s ausführlich angeführt und dann die Indikationen zur Operation besprochen. Die Beweglichkeit der durch die Bauchdecken fühlbaren Geschwulst ist zwar ein sehr schätzbares, doch kein sicheres Zeichen für die Exstirpationsfähigkeit; denn die Magengeschwulst kann mit anderen beweglichen Organen verwachsen und dadurch für die Tastung beweglich sein. Bei der Unsicherheit der Diagnose wird die Probelaparotomie und Gastrotomie öfter anzuwenden sein. B. bespricht dann die Wichtigkeit der ausgedehnten Exstirpationen der Magenkarzinome und der ergriffenen Lymphdrüsen. Die in Betracht kommenden Lymphbahnen hat übrigens schon Sappey 1874 beschrieben.

Zur Vorbereitung der heruntergekommenen Pat. empfiehlt B. Ernährungsklystiere 8 Tage lang 3—4mal täglich von Zuckerwasser und Gelbei. Nach der Resektion ist die direkte Vernähung des kardialen und duodenalen Endes, falls möglich, immer das erstrebenswerteste. Nur zu starke Spannung bildet eine Kontraindikation und erfordert eine Anastomose mit einer Jejunumschlinge. Worauf Verf. in einem neuen Falle besonderen Wert legen würde, ist, den Rest des Ligamentum gastrocolicum an den neuen Magen resp. an die dem entsprechenden Teile anzunähen. Bei dem eingangs erwähnten Falle ist der Tod infolge einer Stenose im Colon transversum eingetreten, die durch Schrumpfung der Reste dieses Bandes zustande gekommen war. Von der gewohnten und erprobten Reihenfolge bei der Operation, erst Durchtrennung des Lig. gastrocol., dann des oberen Magenpols, dann des Lig. gastrohepat., zuletzt des Duodenum, wird man je nach den Fällen abweichen. So kann es sich empfehlen, in zweifelhaften Fällen zuerst die Durchtrennung des Duodenum vorzunehmen, um bei sich herausstellender Unmöglichkeit der Exstirpation sich mit der Gastroenterostomie begnügen zu können.

Von 46 Gastrektomien sind 28 Heilungen und 18 Todesfälle zu verzeichnen, mithin eine Sterblichkeit von 39,1%. Neunmal war Kollaps vorhanden, siebenmal Peritonitis die Todesursache, letztere zweimal durch Auseinanderweichen der Nahtstelle bedingt. Von 21 Pat., deren Schicksal weiter verfolgt werden konnte, sind 11 an Rezidiv gestorben zwischen 5 Monaten und 5 Jahren. Am Leben sind noch die Fälle von Weiss (2½ Jahr, aber kein Karzinom!), Ricard (fast 3 Jahre), Ribera (1 Fall 4 Jahre, kein Karzinom, 1 Fall, Karzinom, fast 4 Jahre), Brooks-Brigham (5 Jahre, jetzt 71 Jahre alt) und Maydl (11 Jahre). Von 28 wegen Krebs operierten Pat. haben nur vier das vierte Jahr überlebt.

Verdauungs- oder Ernährungsstörungen sind bei keinem der mitgeteilten Fälle beobachtet worden. Massenhafte Nahrungs-

Aufnahme ist natürlich besonders im Anfang nicht möglich. Eine Tabelle über 48 Gastrektomien bildet den Schluß der Arbeit.

E. Moser (Zittau).

13) **Savariaud.** L'occlusion congénitale interne chez le nouveau-né.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 4.)

Verf. zeichnet unter Hinzufügung einer bibliographischen Zusammenstellung von 180 Nummern das klinische Bild des angeborenen inneren Darmverschlusses bei Neugeborenen nach Entstehung, pathologischer Anatomie, Verlauf. Er kommt offenbar sehr selten vor — in Petersburg 1:16 000, Wien 1:55 000 Findlingsaufnahmen —, doch haben manche Beobachter das Leiden mehrfach gesehen. Als Entstehungsursache kommen sogar auch hier 3mal Fremdkörper vor in Gestalt von zusammengebackenem Kindspech von Haselnußgröße und der Härte von Glaserkitt, Druck durch Geschwülste (2mal), Einschnürung in Löchern, am häufigsten aber durch intrauterine peritonitische Stränge. Von Lageverschiebungen sind Verdrehungen häufig, Knickungen und Einstülpungen seltener (2 Fälle). In den meisten Fällen sind Bildungsfehler im Spiel. Von letzteren ist einmal eine neoplastische Verengerung (Adenombau) bemerkt, von Mißbildungen kommt Schleimhautklappenförmige oder mehr strichförmige Verengerung bis zum vollen Verschluß vor, blindsackförmiger Narbenverschluß, wobei sich der Blindsack sogar in die Bauchhöhle öffnen kann, und endlich vollkommenes Fehlen des Dick- und Dick- und Dünndarms bis zum Duodenum. Auch mit den abnormen Ausmündungen am Nabel können sich Darmverschlüsse kombinieren.

Pathologisch-anatomisch ist von Interesse der Sitz der Störung, welcher in den allermeisten Fällen in den höheren Darmbezirken, kaum in 6% unterhalb der Bauhin'schen Klappe sich befindet, etwas seltener im Duodenum, als im tieferen Dünndarmabschnitt. Von Bedeutung ist ferner das Vorkommen mehrfacher, bis über 5facher Verschlüsse, welche den operativen Eingriff eines Hindernisses natürlich wirkungslos machen, und das verschiedene Verhalten der beiden Darmabschnitte vor und hinter dem Hindernis nach Lichtung, Inhalt und Wandbeschaffenheit, je nachdem der Verschluß mehr oder weniger vollständig ist. Das untere Ende kann sich spurlos im Bauchraum verziehen.

Die Symptome setzen sich zusammen aus einem auffälligen subikterischen Aussehen, dem Fehlen des Kindspechs im unteren Darmabschnitt, dem Mastdarm, welches auch durch Eingießungen nicht herausgeschwemmt werden kann, und dessen Ausbleiben am zweiten Tage die Befürchtung des Darmverschlusses erwecken muß. Dazu kommt dann Erbrechen, gesteigert bis zum Gallen- und Kindspecherbrechen, Auftreibung des Leibes durch Gas. Bei vollständigem Verschluß tritt der Tod am 5.—7. Tage durch-

schnittlich ein, es ist aber auch eine Lebensdauer von 21 Tagen beobachtet. Die Diagnose ist vom 2.—3. Tage an im allgemeinen leicht zu stellen. Die Prognose ist ohne und mit chirurgischer Behandlung bis jetzt absolut tödlich gewesen. In Betracht kommen der künstliche After und die Enteroanastomose. Der erstere läßt keine genügende Ernährung aufkommen, die letztere ist ein zu schwerer Eingriff und leidet vor allen Dingen an der Schwierigkeit, das abführende Ende wegsam zu machen und dem oberen anzupassen. Verf. hat im ganzen 44 Operationen mit 44 Todesfällen ausfindig gemacht, 33 Enterostomien, davon 30 abdominale, eine perineale Ileostomie und 2 Enterostomien kombiniert mit Nabelbruchoperation, 5 Enteroanastomosen, eine Laparotomie ohne Eröffnung des Darms, 2 Laparotomien mit Resektion des Meckel'schen Divertikels und 3 Perinealoperationen. **Herm. Frank** (Berlin).

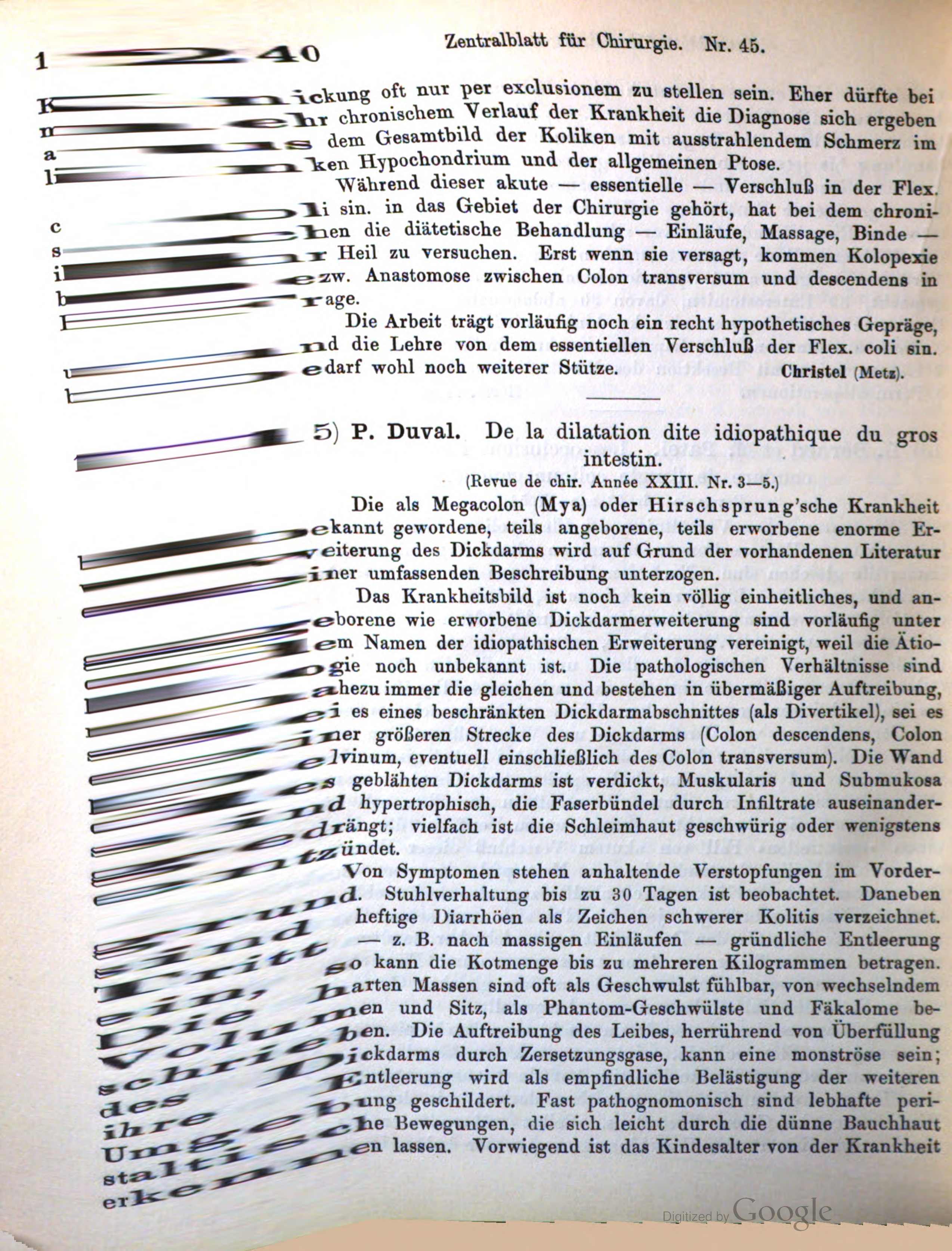
---

14) **L. Bérard** et **M. Patel.** Les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche.

(Revue de chir. 23. ann. Nr. 5.)

Die anatomischen Verhältnisse der Flex. coli sin. sind wiederholt genaueren Untersuchungen unterzogen, deren Ergebnisse nicht immer die gleichen sind. Nach den Erfahrungen der Verff. besteht ein Aufhängeband — Lig. phreno-colicum —, welches in zwei Zipfeln auf Colon transversum und descendens ausstrahlt. Oft findet man nur die untere, transversale Ausstrahlung, entsprechend einem mehr infantilen Zustand. Besteht sie allein, und gesellt sich Ptose des Colon transversum dazu, so entsteht eine stark spitzwinklige Knickung der Kolonschlingen gegeneinander. Diese würde an sich genügen zur Herbeiführung von Verstopfungs- und Verschlußzuständen teils akuter, teils chronischer Natur, ohne daß dabei pathologische Verwachsungen und Stränge eine Rolle spielten (wie Terrier meint). Während einige Autoren akuten Verschluß in der Flex. coli sin. nach Laparotomien beobachtet haben, waren Verff. in der Lage, einen »essentiellen« Fall von akutem Verschluß dieser Form zu operieren. Freilich bestand hier ein Netzzipfel, der vom Colon transversum nach der linken Beckenhälfte zog, also doch wohl eine stärkere Knickung bedingte; jedoch stellte sich nach seiner Durchtrennung der Weg für den Darminhalt noch nicht her, sondern erst, nachdem anderen Tages das Colon transversum durch Einstich von Gasen entleert war. Terrier hatte aus dem gleichen Grunde in seinem Falle die Kolo-Koloanastomose hergestellt.

Die Diagnose des akuten Darmverschlusses durch spitzwinklige Knickung der Flex. coli sin. wird nur dann annähernd zu stellen sein, wenn wiederholt leichte derartige Anfälle vorausgegangen waren. Im übrigen werden sich die Anzeichen decken mit denen eines Hindernisses im Colon descendens. Selbst während der Laparotomie wird die Art des Verschlusses wegen der hohen Lage der



ickung oft nur per exclusionem zu stellen sein. Eher dürfte bei hr chronischem Verlauf der Krankheit die Diagnose sich ergeben s dem Gesamtbild der Koliken mit ausstrahlendem Schmerz im ken Hypochondrium und der allgemeinen Ptose.

Während dieser akute — essentielle — Verschluß in der Flex. li sin. in das Gebiet der Chirurgie gehört, hat bei dem chronihen die diätetische Behandlung — Einläufe, Massage, Binde — r Heil zu versuchen. Erst wenn sie versagt, kommen Kolopexie ezw. Anastomose zwischen Colon transversum und descendens in rage.

Die Arbeit trägt vorläufig noch ein recht hypothetisches Gepräge, nd die Lehre von dem essentiellen Verschluß der Flex. coli sin. edarf wohl noch weiterer Stütze. **Christel** (Metz).

---

5) **P. Duval.** De la dilatation dite idiopathique du gros intestin.

(Revue de chir. Année XXIII. Nr. 3—5.)

Die als Megacolon (Mya) oder Hirschsprung'sche Krankheit ekannt gewordene, teils angeborene, teils erworbene enorme Erveiterung des Dickdarms wird auf Grund der vorhandenen Literatur iner umfassenden Beschreibung unterzogen.

Das Krankheitsbild ist noch kein völlig einheitliches, und aneborene wie erworbene Dickdarmerweiterung sind vorläufig unter em Namen der idiopathischen Erweiterung vereinigt, weil die Ätiogie noch unbekannt ist. Die pathologischen Verhältnisse sind ahezu immer die gleichen und bestehen in übermäßiger Auftreibung, ei es eines beschränkten Dickdarmabschnittes (als Divertikel), sei es iner größeren Strecke des Dickdarms (Colon descendens, Colon elvinum, eventuell einschließlich des Colon transversum). Die Wand es geblähten Dickdarms ist verdickt, Muskularis und Submukosa nd hypertrophisch, die Faserbündel durch Infiltrate auseinanderedrängt; vielfach ist die Schleimhaut geschwürig oder wenigstens ntzündet.

Von Symptomen stehen anhaltende Verstopfungen im Vordergrund. Stuhlverhaltung bis zu 30 Tagen ist beobachtet. Daneben heftige Diarrhöen als Zeichen schwerer Kolitis verzeichnet. — z. B. nach massigen Einläufen — gründliche Entleerung so kann die Kotmenge bis zu mehreren Kilogrammen betragen. harten Massen sind oft als Geschwulst fühlbar, von wechselndem men und Sitz, als Phantom-Geschwülste und Fäkalome beben. Die Auftreibung des Leibes, herrührend von Überfüllung Dickdarms durch Zersetzungsgase, kann eine monströse sein; Entleerung wird als empfindliche Belästigung der weiteren ung geschildert. Fast pathognomonisch sind lebhafte perihe Bewegungen, die sich leicht durch die dünne Bauchhaut en lassen. Vorwiegend ist das Kindesalter von der Krankheit

betroffen. Von 47 Beobachtungen, die D. zusammentragen konnte, gehören nur 7 dem Alter von 20—55 Jahren an, 34 Pat. starben früh, die Mehrzahl an Darmverschluß (11) und Kolitis (10); 4 blieben unter chirurgischer Behandlung.

Die besten Ergebnisse lieferte bisher die innere Therapie: hohe Einläufe, Massage, Diät. Wie man der Krankheit chirurgisch beikommen könne, läßt sich zurzeit noch nicht mit genügender Sicherheit sagen. Man hat bisher die Kolotomie, die Kolopexie, die Ektomie und Kolostomose versucht, keinen dieser Eingriffe mit durchgreifendem und endgültigem Erfolg, so daß vorläufig noch die interne Behandlung als die empfehlenswerteste erscheint.

Die Wiedergabe der 47 Beobachtungen schließt die ausführliche und recht instruktive Abhandlung. **Christel** (Metz).

---

16) **Claude.** Contribution à l'étude du cancer primitif de l'appendice vermiforme.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1903. 75 S.

Im Juli 1902 hat Lejars bei einem 27jährigen Manne einen Wurmfortsatz exstirpiert, der sich später als karzinomatös herausstellte. Dieser Fall gab die Veranlassung zu der Arbeit von C. Er hat aus der Literatur 25 Fälle von primärem Karzinom des Wurmfortsatzes zusammengestellt, deren ausführlichere Beschreibung er am Schluß seiner Arbeit wiedergibt, ebenso wie die Krankengeschichte und den pathologisch-anatomischen Befund des Falles von Lejars.

Auf Grund dieser bisher bekannt gewordenen Fälle bespricht C. nun die Ätiologie, pathologische Anatomie, die klinischen Erscheinungen, die Diagnose und Behandlung des primären Appendixkarzinoms. Die Ausführungen sind sehr allgemein gehalten, mit viel Worten wird nur wenig gesagt. C. glaubt folgende Schlüsse aus dem vorliegenden Material ziehen zu können: 1) Der Krebs des Wurmfortsatzes ist eine seltene Affektion, vielleicht indes nur scheinbar. 2) Er scheint sich häufiger als andere Neubildungen bei jugendlichen Individuen zu entwickeln. 3) Die Neubildung entsteht sehr häufig auf entzündlicher Basis. 4) Die Symptome eines Appendixkrebses sind teils die einer Appendicitis, welche ihn oft begleitet, teils die einer in der rechten Fossa iliaca lokalisierten bösartigen Geschwulst von unbestimmbarem Ausgangspunkt. 5) Die Diagnose des Wurmfortsatzkrebses ist meistens nur eine histologische, woraus die Notwendigkeit einer methodischen Untersuchung aller exstirpierten Wurmfortsätze hervorgeht. 6) Diese histologische Untersuchung wird in gewissen Fällen, in denen die einfache Exstirpation des Wurmfortsatzes erfolgte, ein nochmaliges, weitergehendes Eingreifen des Chirurgen veranlassen. 7) In einem wenig vorgeschrittenen Stadium exstirpiert, scheint das Leiden nicht zu rezidivieren.

Dettmer (Bromberg).

---

17) **J. Roller.** Zur Kolopexie bei Prolapsus recti. (Die extraperitoneale Fixation des Darmes.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 32.)

Die Resektion bei großen Mastdarmvorfällen ist nicht ungefährlich, hinterläßt nicht selten Strikturen am Nahtring und schützt nicht vor Rezidiven. Die Kolopexie ist als eine ungefährliche Operation zu bezeichnen und liefert gute Resultate. Bei ihrer Ausführung ist die von v. Eiselsberg angegebene Methode — linksseitiger hypogastrischer Schnitt und Annähen des untersten Endes der Flexur an das Peritoneum pariet. — die beste. Nun sind aber die Verwachsungen zwischen den Bauchfellflächen nicht sehr fest, während die Narbe zwischen Bauchfell und einer nicht von ihm bedeckten Stelle eine außerordentliche Festigkeit zeigt. R. führt diesen Gedanken so aus, daß er im ersten der mitgeteilten Fälle nach einem linksseitigen hypogastrischen Schnitt, da das S romanum sehr lang und die Gefahr der Knickung sehr groß schien, zunächst eine breite Enteroanastomose zwischen unterem Ende des Col. descend. und Col. pelv. resp. S romanum anlegte und die Schenkel des S romanum aneinander nähte. Dann wurden die Schnittränder des Periton. pariet. (des Bauchschnittes) derart an den Darm genäht, daß die Anastomosennaht und zu beiden Seiten derselben ein querfingerbreiter Streifen des Perit. viscerale extraperitoneal gelagert wurde. Darüber Etagennaht. Im zweiten Falle, der ebenfalls einen hochgradigen und lange bestehenden Vorfall betraf, wurde der Bauchschnitt nahe an der Spina ant. sup. angelegt und am lateralen Schnittrande das Bauchfell von der Beckenschaufel drei Querfinger breit abgeschoben. Auf diese Stelle wurde der untere Fußpunkt der Schlinge so aufgenäht, daß der verschobene Peritonealrand mit etwas Beckenbindegewebe an den mesenterialen Rand des Darmes auf eine 7—8 cm lange Strecke angenäht wurde, und nun der Darm auf die bauchfellentblößte Stelle gelegt und der kontramesenteriale Rand des Darmes mit dem Musc. transv. am lateralen Bauchschnittrande vernäht wurde. Etagennaht. Nach Verf.s Ansicht ist die zweite Art der Ausführung der im ersten Falle bei weitem überlegen, da sie auch den Darm in eine natürlichere Lage bringt. Die Resultate sind in beiden Fällen gut. Nur trat im ersten Falle ein Schleimhautrezidiv auf, das aber durch Kauterisation leicht zu beseitigen ist. Gegen die Güte der Methode spricht dasselbe nicht.

Borchard (Posen).

---

18) **A. Cordero** (Parma). Ricerche sulla cura chirurgica del fegato mobile.

(Clinica chirurgica 1902. Nr. 7.)

Die Untersuchungen — in Fortsetzung der Studien über die Fixation der Nieren und Milz — beziehen sich auf die Toleranz des Lebergewebes für Seidenfäden. Sie sind an Hunden und Kanin-

chen ausgeführt, die Fäden, Nr. 3[1], wurden ausgekocht und in eine Mischung von 6 Teilen Glyzerin und 4 Teilen 5%iger Karbollösung eingelegt. — Nach 3 Wochen ist der im Parenchym liegende Fadenteil von einer bindegewebigen Kapsel dicht umhüllt, der außen verlaufende von der proliferierten Glisson'schen Kapsel. In späteren Stadien werden die Nähte noch exakter vom Leberparenchym isoliert, so daß irgendeine Einwirkung auf dieses letztere ausgeschlossen werden muß. — Für die Leberchirurgie ist also die Verwendung von Catgut aufzugeben. **J. Sternberg** (Wien).

Kleinere Mitteilungen.

(Aus dem Marienkrankenhaus in Moskau.)

Einiges zur Jodoformknochenplombe nach Mosetig-Moorhof[1].

Von

Privatdozent **W. Serenin.**

Die Behandlung der Knochenhöhlen nach Entfernung von Sequestern oder tuberkulösen Herden hatte für mich stets großes Interesse und dasselbe steigerte sich noch, als ich auf dem internationalen medizinischen Kongreß in Madrid den Vortrag aus der Klinik des Herrn Prof. Mosetig-Moorhof über seine Jodoformknochenplombe hörte. Auf meiner Rückreise nach Rußland machte ich in Wien Halt, um die Technik dieser Operation persönlich kennen zu lernen. In Moskau angelangt, unterließ ich es nicht, diese Behandlungsmethode sofort anzuwenden, und augenblicklich verfüge ich bereits über zehn günstig von mir operierte Fälle, die Pat. in einem Alter von 12—55 Jahren betrafen.

Hier meine Fälle: 3 Necrosis ossium post osteomyelitidem (N. maxillae inf., N. tibiae, N. humeri). 7 Tuberculosis ossium (2 Tub. sterni, 1 Tub. costarum, 3 Gonitis tub., 1 Tub. oss. carp. metacarp.).

Ich bewahre die Jodoformknochenplombe in gewöhnlichen, nur etwas voluminöseren Reagensgläsern auf und vor dem Gebrauch erwärme ich dieselbe etwa eine halbe Stunde in einem heißen Wasserbad.

In drei Fällen erfolgte Heilung per primam. In anderen drei Fällen verzögerte sich die Heilung durch Bildung von Fisteln, die sich in kurzer Zeit schlossen. In wiederum drei anderen Fällen ging die Heilung sehr langsam vor sich, und zwar in zwei Fällen wegen starker Blutung und in einem Falle wegen Allgemeintuberkulose. Der zehnte Fall, unlängst von mir operiert, verläuft überaus günstig. Der Heilungsprozeß der Knochenhöhlen wird dank dieser Methode um ein bedeutendes verkürzt, und infolgedessen wird Ökonomie im Verbandmaterial und ein schnellerer Krankenaustausch erzielt.

Zum Schluß erlaube ich mir, einige Indikationen betreffs dieser Behandlungsmethode zu stellen, und zwar:

---

[1] Ref. kann hier die Bemerkung nicht für überflüssig halten, daß eine größere Übereinstimmung in der Bezeichnung der Stärke (Dicke) des chirurgischen Nahtmaterials sehr zu wünschen ist. Fast jeder Lieferant (und danach jeder Autor) hat eine andere Nummerierung seiner Seide, Katgut, Draht usw. Es ist dies umso auffälliger, als sonst die gesamte Textilindustrie mit allgemein (selbst von den Zollbehörden) akzeptierten Indizes arbeitet.

[1] Die Jodoformknochenplombe von Mosetig-Moorhof in Wien. Dieses Zentralblatt 1903. Nr. 16.



1) peinlichste Entfernung alles tuberkulös affizierten;
2) absolute Aseptik;
3) vollständige Blutstillung.

Um letzteres zu erzielen, tamponierte ich in drei Fällen zuerst die Knochenhöhlen und am 2. resp. 3. Tage ersetzte ich den Tampon durch die Plombe.

---

19) Elliesen. Über idiopathische Hypertrophie der Ösophagusmuskulatur.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXII. p. 501.)

Bei einem 39jährigen Manne, welcher an Meningitis tuberculosa gestorben war, fand sich die Speiseröhre in ihrer ganzen Ausdehnung in ein starres, gleichmäßig walzenförmig abgerundetes, dickes Rohr verwandelt mit lederartig derber Wandung, die sich nur mit Mühe durchschneiden ließ. Der Kanal war etwas über bleistiftdick und von einer in Längsfalten gelegten vollkommen normalen Schleimhaut ausgekleidet. Es handelte sich um eine enorme muskuläre Hypertrophie, die sich besonders auf die innere Ringmuskelschicht erstreckte, welche eine Dicke von 6—7 mm aufwies. Nur im Anfangsteil der Speiseröhre war die Wand normal. Während der Beobachtung im Krankenhaus war von Schluck- und Verdauungsbeschwerden nichts beobachtet worden, Pat. soll jedoch früher magenleidend gewesen sein; schlucken konnte er aber immer gut, nur habe er seit seinem 15. Lebensjahre immer alle Speisen sehr sorgfältig und fein zerkauen müssen, da sonst starker Druck im Magen aufgetreten sei.

Fertig (Göttingen).

20) Enderlen. Invagination der vorderen Magenwand in den Ösophagus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 60.)

Beschreibung einer anatomischen Kuriosität, zufällig in der Marburger Anatomie angetroffen, und zwar bei einem älteren männlichen Individuum. Es handelt sich um eine Invagination der vorderen Magenwand in die stark erweiterte untere Partie der Speiseröhre. E. sieht die Dilatation der Speiseröhre als idiopathisch und als das primäre Leiden an. Betreffs der komplizierten Details des Präparats ist auf die Originalbeschreibung nebst ihren Figuren zu verweisen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

21) L. Boidin. Embrochement de l'artère épigastrique par le trocart, au cours d'une ponction d'ascite.

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 78. Jahrg. Nr. 5.)

34jähriger Mann mit Lebercirrhose wird wegen Ascites punktiert; Einstich links in der Mitte der Verbindungslinie zwischen Nabel und Spin. il. a. s. 12 l Flüssigkeit werden abgelassen, der Trokar zurückgezogen, wobei ein geringer Blutstrahl sichtbar wird, um sofort wieder zu verschwinden. 3 Stunden später war der Kranke innerer Verblutung erlegen. Bei daraufhin an Leichen unternommenen Versuchen zeigte sich, daß die Art. epigastr. gar nicht soweit nach innen vom bezeichneten Punkte verläuft, als die Autoren meist angeben, und daß zwischen Einstich und Arterie oft nur 1 cm Abstand und weniger gefunden wurde; im vorliegenden Falle verlief sie sogar etwas nach außen von der Mitte jener Verbindungslinie. B. rät daher, noch weiter nach außen abwärts zu punktieren. (Bekannte Arbeit über dasselbe Thema von Trzebicky aus dem Jahre 1890. Red.)

Christel (Metz).

22) H. Gebele. Über penetrierende Bauchstich- und -Schußwunden. (Aus der chirurgischen Klinik in München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 33.)

Die Resultate der operativen Behandlung obiger Verletzungen haben sich seit dem letzten Bericht Ziegler's über die Fälle der Münchener Klinik aus den

dem

Jahren 1891—97 noch weiter gebessert. Von 30 Stichverletzungen aus der Zeit vom August 1897 bis 1902 führten 5 (16,7%), von 15 Schußverletzungen des Bauches 7 (46,7%) zum Tode. G. fordert deshalb, im Frieden unter allen Umständen an der Laparotomie bei penetrierenden Bauchwunden festzuhalten, im Kriege Blutungen als eine absolute Operationsanzeige anzusehen, dagegen bei den Magen-Darmverletzungen im Kriege abzuwarten. Bezüglich der technischen Details, wie sie an der Münchener Klinik bei Laparotomien infolge penetrierender Bauchverletzungen üblich sind, sei nur erwähnt, daß bei Darmresektionen der Murphyknopf mit Erfolg angewandt, bei Leberblutungen die Stillung durch Naht mit dickem Catgut versucht, zur Bekämpfung des Choks und der Anämie subkutane Kochsalzlösunginfusionen vorgenommen, der Darmparese nach der Operation energisch entgegengetreten wird. Drainage kommt nur bei ausgesprochener Peritonitis mittels Gummiröhren in Anwendung; sonst wird die Bauchwunde durch Naht vollständig geschlossen. Rasches Operieren ist notwendig.

Kramer (Glogau).

23) **K. Edgren.** Beiträge zur Kasuistik der Magen- und Darmperforationen.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLIV. p. 149. [Schwedisch.])

Verf. teilt vier von ihm im allgemeinen Krankenhaus zu Jyväskylä operierte Fälle von Magen- und Darmperforation mit.

1) Volvulus perforans ventriculi, Laparotomie $4^1/_2$ Stunden nach dem Unfall Naht der Magenwand, Heilung.

2) Contusio abdominis et ruptura intestini ilei, Laparotomie 5 Stunden nachher, Darmnaht. Heilung.

3) Ulcus perforans duodeni; Peritonitis septica diffusa. Laparotomie und Naht des Zwölffingerdarmes 15 Stunden nach der Perforation. Tod.

4) Ulcus ventriculi perforans. Laparotomie und Resektion des Geschwürs. Heilung.

In der Epikrise macht Verf. besonders darauf aufmerksam, daß die Kardinalsymptome, welche ihn zur frühzeitigen Operation veranlaßten, folgende waren:

Die intensive reflektorische Kontraktion der Bauchwandmuskulatur (die gleich nach dem Eingriff nachließ), der Nachweis von Flüssigkeitsaustritt in die Bauchhöhle, welcher schon ein paar Stunden nach dem Durchbruch konstatiert werden konnte, die ernste Störung des Allgemeinbefindens (blasse Gesichtsfarbe, ängstlicher Gesichtsausdruck).

Bei der Operation wurde in allen Fällen ein kleiner Tampon bis zur Perforationsstelle eingeführt; in drei Fällen wurde außerdem nach v. Mikulicz durch eine über der rechten Fossa iliaca angelegten Wunde ein großer Tampon gegen das kleine Becken angebracht. Intravenöse Salzwasserinfusionen wurden in allen Fällen besonders reichlich gemacht. **Hansson** (Cimbrishamn).

24) **Neuhaus.** Zur Kenntnis der Perityphlitis.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 1.)

Berichterstattung über die Tätigkeit König's auf dem Gebiete der Perityphlitis an der Berliner Charité seit Oktober 1896. Das Hauptinteresse der Mitteilung beanspruchten die allgemeinen Grundsätze, denen König bei operativer Behandlung des Leidens folgt. Dieselben charakterisieren sich als dem in jüngster Zeit hervortretenden Radikalismus der Operationsindikationen abhold und mehr zu Mäßigkeit und Vorsicht neigend. So wird der akute Krankheitsanfall der Regel nach konservativ, abwartend behandelt, zur Inzision nur bei ungünstigem Verlaufe geschritten. Der Wurmfortsatz wird dabei nur dann entfernt, wenn er ohne längeres Suchen in der Abszeßhöhle leicht findbar ist, das Öffnen der freien Bauchhöhle bei der Abszeßoperation möglichst vermieden, da es sich als gefährlich herausgestellt hat. Findet sich bei der Abszeßoperation allgemeine Peritonitis, so wird die Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung gespült, jedoch

nicht so energisch, wie Rehn u. a. es vorschlagen. Was die Intervalloperationen betrifft, so läßt König wenigstens 6—8 Wochen nach vollständiger Resorption des im Anfalle gefolgten Exsudats verstreichen, bevor zu ihnen geschritten wird, auch verwirft er das Prinzip, schon nach Überstehen nur eines Anfalls die Entfernung des Wurmfortsatzes anzuraten.

Von den Zahlenangaben in der Arbeit sei folgendes angeführt: Gesamtzahl der Fälle 162. I. Umschriebene Perityphlitiden 95. a. Nicht operiert 35, sämtlich geheilt, davon als rezidivfrei bis zu 5 Jahren bekannt 27. b. Abszeßinzisionen 56 mit Todesfällen. Dabei gleichzeitige Appendektomie 9mal mit günstigem Erfolge. Von den Operierten sind 31 als rezidivfrei geblieben bekannt gegenüber 7, welche wieder einen Anfall erlitten. c. Inzisionen ohne Auffindung eines Abszesses 4. II. Inzisionen bei diffuser Peritonitis 34 mit 27 Todesfällen. III. Intervalloperationen 21 mit 2 Todesfällen. Hierzu kommt noch eine kleine Reihe komplizierter und atypischer Fälle (Kotfisteln usw.), unter denen 4 Beobachtungen von Einlagerung entzündeter Wurmfortsätze in Brüchen bezw. Inkarzeration besonders hervorhebenswert sind. Auch werden 5 Fälle genauer berichtet, in denen ein Trauma der appendicitischen Erkrankung voraufging. Das Trauma wird nur als Gelegenheitsursache für das Manifestwerden der latent schon präexistierenden Krankheit angesprochen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

25) J. Lhota. Ikterus als Komplikation der Perityphlitis.

(Sborník klinický Bd. IV. p. 282.)

Zwei Fälle, von denen namentlich der eine gewisse Schlüsse auf die Beziehungen zwischen Perityphlitis und Ikterus gestattet. In diesem Falle war die Leber vergrößert und schmerzhaft, die Zahl der Erythrocyten verkleinert; im Urin fand sich Urobilin, der Kot aber war nicht acholisch, sondern intensiv pigmentiert. Demnach konnte es sich um keinen mechanischen Ikterus handeln. Der Autor denkt an toxische Einflüsse, die zu einem Zerfall der roten Blutkörperchen führten; die Leber hatte infolgedessen viel Material zu verarbeiten, es kam zu einer Polycholie, deren Ausdruck der Ikterus war. Beide Fälle gingen ohne Operation in Genesung über, was in prognostischer Hinsicht sehr wichtig ist, da der Ikterus allgemein als eine absolut gefährliche Komplikation der Perityphlitis gilt. **G. Mühlstein** (Prag).

26) Guermonprez. Hernie traumatique variété para-inguinale.

(Gaz. des hôpitaux 1903. Nr. 83.)

Der 43jährige Färbereiarbeiter stand an eine Säule gelehnt, als ihm die Ecke eines rollenden eisernen Wagens die rechte Leistengegend traf. 3 Tage darauf kam er zur Untersuchung. Auf den ersten Blick schien es sich um einen Leistenbruch zu handeln. Legte Pat. sich jedoch nieder, so verschwand die Vorwölbung sofort völlig und stellte sich auch nicht wieder her, wenn er versuchte, sich aufzurichten. Wenn er hustete, trat die Vorwölbung in geringem Grade wieder auf, und zwar umso weniger, je horizontaler Pat. sich hielt. Auf der Höhe der Vorwölbung fanden sich kleine, vom Trauma herrührende Exkoriationen; die Haut war hier gespannt und derb.

Bei der Untersuchung des Leistenkanals war die Bruchpforte nicht erreichbar, bei direkter Palpation dagegen ließ sie sich leicht wie bei einem Nabelbruch tasten. Zwischen dem Leistenkanal und der fast geradlinigen, 4 cm langen Bruchpforte befand sich ein dicht fibröses Gewebe von etwa 12 mm Breite. Durch die Pforte, die am äußeren Rande des M. rectus lag, konnte man den horizontalen Schambeinast und den Puls der A. iliaca ext. fühlen.

Pat. wurde mit Einwicklungen und Rückenlage behandelt, und in 2 Wochen war die Hernie geheilt; die Haut war an dieser Stelle zunächst verwachsen, wurde aber allmählich wieder verschieblich. **V. E. Mertens** (Breslau).

27) **K. Hedman.** Zwei operierte Fälle von Hernia funiculi umbilicalis congenita.

(Finska Läkaresellskapets Handlingar Bd. XLIV. p. 265. [Schwedisch.])

Verf., der im Jahre 1897 einen Fall durch perkutanes Verfahren operiert hatte der Fall ist aufgenommen in der Übersicht des Ref. — cf. d. Bl. 1901 p. 81), operierte als seinen zweiten Fall 1901 einen 5 Stunden alten Knaben mit einem hühnereigroßen, Dünndarmschlingen enthaltenden Nabelschnurbruch durch Ligatur und Exzision. Das Kind erholte sich niemals und starb 2 Wochen nach beendeter Granulation, 5 Wochen alt, an Dyspepsie.

Der dritte Fall, ein Knabe, wurde 6 Stunden nach der Geburt durch Laparotomie mit Exzision des überschüssigen Sackes und Sutur operiert. Heilung in 3 Wochen. Befriedigendes Dauerresultat.

Verf., der also in der seltenen Lage gewesen ist, verschiedene Operationsverfahren bei diesem Leiden zu prüfen, spricht sich in der Epikrise zugunsten der Laparotomie aus. **Hansson** (Cimbrishamn).

28) **N. M. Tereschenkow und S. P. Fedorow.** Ein Fall von Lumbarhernie.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

Aus der eingangs gebotenen Literaturübersicht geht hervor, daß die sog. Lumbarhernien nicht das Trigonum Petiti als Durchtrittsstelle benutzen, sondern häufiger die Grynfeldt-Lesshaftsche Lücke, auch Trigonum lumbale sup. genannt. Sie wird begrenzt von der 12. Rippe, M. serratus post. und den schrägen Bauchmuskeln. T. und F. fanden augenscheinlich nur zehn Fälle von Hernien dieser Gegend, bei denen die Bruchpforte zum Teil nur durch Tastung, nicht durch die Autopsie bei der Operation festgestellt wurde.

Der folgende Fall wurde in der Moskauer chirurgischen Universitätsklinik beobachtet.

Der 47jährige Pat. fand Aufnahme wegen einer jahrelang bestehenden Hernia epigastrica. Außerdem aber bot er nachstehenden Befund: Unter beiden 12. Rippen hatte er etwa 8—9 cm von der Linie der Dornfortsätze kleine Anschwellungen, die beim Husten und Pressen größer wurden. Die rechte Schwellung erlangte zuweilen die Größe einer stumpfen Eihälfte, war weich-elastisch und ließ sich unter gurrendem Geräusch beseitigen. Als Bruchpforte fand sich ein Dreieck zwischen der 12. Rippe und Muskelrändern. Darunter war das Petitsche Dreieck deutlich abzutasten. Die linke Lende bot ganz dieselben Verhältnisse, nur war die Anschwellung hier kleiner; auch ließ sich das Gurren hier nicht wahrnehmen. Beide Leistenkanäle waren offen, doch lagen keine Hernien vor.

F. machte die Radikaloperation: Schräger Hautschnitt zwischen Rippe und Crista oss. il. Nach Auseinanderziehen der Wundränder erschien eine viereckige Lücke zwischen 12. Rippe, M. erector trunci, M. obl. ext. und M. obl. int. Bei der Durchtrennung der tiefen Fascien drängte sich Fettgewebe vor. Ein Bruchsack war nicht vorhanden. Nach Reposition des Fettes wurden M. erector trunci und M. obl. int. rechts durch drei, links durch zwei Knopfnähte aneinander genäht, darüber M. latiss. dorsi an M. obl. ext. jederseits mit einer Knopfnaht. Alle Muskeln und Fascien waren auffallend dünn und leicht gegeneinander verschieblich.

In derselben Sitzung wurde die epigastrische Hernie radikal operiert. Heilung per primam. Die Lendengegend war auch nach der Operation ungewöhnlich elastisch. **V. E. Mertens** (Breslau).

29) **G. S. Kulescha.** Uber einen neuen Parasiten aus einem Magensarkom.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 13.)

In einem durch Operation entfernten Rundzellensarkom des Magens fand K. im mikroskopischen Präparat ein eigentümliches Protozoon, von dem vier photo-

graphische Aufnahmen beigefügt sind. Der Parasit kommt in zwei Stadien vor; im Gewebsstadium, wo er frei zwischen den Gewebselementen lebt, und im intrazellulären Stadium, wo er in den Geschwulstzellen vegetiert. Das erste Stadium entspricht dem reifen Zustand. Der Parasit ist 10—20 $\times$ 8—12 μ groß und besitzt einen linsenförmigen peripher gelagerten Kern; eine Kapsel fehlt. Er vermehrt sich auf zweierlei Art: durch direkte Teilung in zwei, meist aber in fünf bis sechs und mehr gleich große Teile, die wie die Mutterzelle in den Spalten zwischen den Gewebszellen weiterwachsen; oder aber durch Teilung in kleine runde Gebilde, die den Sporen anderer Protozoen entsprechen. In beiden Fällen sendet der Mutterkern längs den Teilungslinien Chromatinfäden aus, die die Peripherie der neuen Zellen erreichen und hier zu kleinen Kernen anschwellen. Nach der Teilung bleiben Reste des Kerns an der Teilungsstelle zurück; diese Restkörper werden vom Kerne und nicht vom Zellplasma, wie bei anderen Protozoen, gebildet. Die Sporen gelangen in die Bindegewebs- und Epithelzellen und entwickeln sich hier zu amöboiden Embryonen, die sich durch Teilung vermehren, die Zellen verlassen und bald darauf in neue, nun aber nur in runde Bindegewebszellen eindringen. Hier wachsen sie und vermehren sich nun durch Karyokinese. Auch diese neuen Bildungen verlassen die Zellen und dringen in neue Bindegewebszellen ein, wo sie den Zustand völliger Reife erreichen. — In den Epithelzellen glaubt K. auch eine Kopulation des Parasiten beobachtet zu haben. — Dieses Protozoon fand Verf. überall da, wo sich Sarkomgewebe nachweisen ließ. — Übrigens schließt er mit dem Wunsche, daß in ähnlichen Fällen weitere Beobachtungen angestellt werden mögen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

30) Miodowski. Drei bemerkenswerte Tumoren im und am Magen.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXIII. p. 156.)

I. Magenmyom mit tödlicher Blutung aus demselben bei einer 51jährigen Frau, welcher 5/4 Jahre vorher wegen Myom der Uterus exstirpiert worden war. Die gestielte, keulenförmige Magengeschwulst von 14 cm Länge stülpte die Magenwand etwas ein und war von glatter Schleimhaut überzogen, die an einer Stelle einen erbsengroßen Defekt zeigte mit blutunterlaufener Umgebung. Die Geschwulst war sehr reich an feinen, äußerst dünnwandigen, meist kollabierten Gefäßen und soll während des Lebens ihre Größe gewechselt haben.

II. Magenkarzinom mit Metastasen im Verlauf des ganzen Intestinaltraktus. Es fanden sich über den ganzen Darm verstreut markige, meist submuköse, auf dem Wege der Lymphbahnen entstandene Infiltrate karzinomatöser Natur.

III. Mannskopfgroßes Sarkom der Bursa omentalis. Bei einer 40jährigen Frau fand sich die Geschwulst in der linken Bauchseite liegend; nach Eröffnung des Bauches zeigte sie Fluktuation und wurde in die Bauchwunde eingenäht. Bei der Inzision entleerte sich sehr viel hämorrhagische alkalische Flüssigkeit (Pankreascyste). Die Sektion ergab jedoch, daß es sich hier um ein großzelliges Rundzellensarkom handelte, welches seinen Ausgangspunkt von dem serösen bezw. subserösen Gewebe des Bauchfells der hinteren Magenwand genommen hatte. Sekundär war dann erst die Magenwand mitergriffen worden, die Schleimhaut aber war vollkommen frei. Im Innern der Geschwulst lag eine faustgroße Erweichungshöhle. Das Pankreas war stark verlagert. **Fertig** (Göttingen).

31) Magnus-Alsleben. Adenomyome des Pylorus.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXIII. p. 137.)

Es werden hier fünf Geschwülste schleimhäutiger Abkunft beschrieben, welche an der der großen Kurvatur entsprechenden Stelle des Pylorus saßen und im pathologischen Institut zu Straßburg beobachtet waren. Es handelte sich bei allen um Wucherungen der Drüsen des Pylorus, welche sich tief in die Muskularis ausdehnten und gemeinsam mit einer Hyperplasie derselben zur Entwicklung umschriebener Geschwülstchen von Erbsen- bis Bohnengröße geführt hatten. Die Untersuchung des Sphincter pylori außerhalb der Geschwülste hatte eine diffuse

Hyperplasie ergeben. Bei allen diesen Neubildungen gutartiger Natur ließ sich ein direkter Zusammenhang der in ihnen vorhandenen Drüsen mit den Brunnerschen Drüsen nachweisen. Die Muskulatur hatte auf die Form und Beschaffenheit der hineingewachsenen Drüsen einen gestaltenden bezw. hemmenden Einfluß ausgeübt. Eine embryonale Anlage konnte in einem Falle, bei einem 10monatigen Kinde, mit Entschiedenheit und in einem anderen mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Klinische Erscheinungen hatten diese kleinen Geschwülstchen nicht hervorgerufen. **Fertig** (Göttingen).

32) A. F. Kablukow. Über die operative Behandlung des runden Magengeschwürs mit Ausschabung und Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz.

(Chirurgie 1903. August. [Russisch.])

Pat., 52 Jahre alt, ist über 4 Jahre lang krank; starke Schmerzen, täglich mehrmals Erbrechen, das ein paar Tage vor der Operation blutig wurde. Bei der Laparotomie fand man ein 2,3 cm großes Geschwür an der hinteren Wand des Pylorus. Ausschabung, Pyloroplastik. Gleich nach der Operation schwanden die Schmerzen und hörte das Erbrechen auf. Heilung. — Ebenso günstig war der Erfolg in einem früheren Falle. K. sieht die Ursache des glänzenden Erfolges in der Durchschneidung des Schließmuskels, wodurch das Geschwür ruhig gestellt wird, sowie in der Anfrischung des Geschwürs, und empfiehlt daher das Verfahren zur Nachprüfung in Fällen von floridem Geschwür.

Gückel (Kondal, Saratow).

33) S. P. Fedorow. Zur Kasuistik der Magenchirurgie: I. vollständige Exstirpation des Magens, II. Gastroenterostomie bei Magenblutung.

(Russ. Archiv für Chirurgie Bd. XIX. [Russisch.])

I. Unter »vollständiger Exstirpation des Magens« will F. nur die Fälle verstanden wissen, bei denen Cardia und Pylorus mit entfernt werden. Der Grund dafür liegt in der technischen Erleichterung, die das Vorhandensein auch eines kleinen Stückes Magenwand gewährt, wenn unterhalb der Cardia abgetragen wird. Die Unmöglichkeit der Vereinigung von Duodenum und Ösophagus an der Leiche führt F. zurück auf das Fehlen des Zuges der schweren Geschwulst, welcher Duodenum und Ösophagus mobilisiert. Am Lebenden gelingt dagegen die Vereinigung gut, wenn auch mit Mühe.

Magenexstirpationen in dem engen Sinne des Wortes konnte F. aus der Literatur 14 zusammenstellen, denen er eine eigene anfügt:

Der 35jährige Pat. klagte seit einem Jahre über Schmerzen in der Magengegend, Aufstoßen und Erbrechen. Starke Gewichtsabnahme. In der Magengegend war eine Geschwulst zu fühlen. Die Spülflüssigkeit färbte sich blutig. Bei geringerer Gesamtazidität fand sich keine freie HCl, dagegen stets Milch-, Essig- und Buttersäure. Diagnose: vorgeschrittenes Karzinom des Magens.

Bei der Operation fand sich ein fast die ganze Magenwand durchsetzendes Karzinom. Da aber nur dicht an den Kurvaturen infiltrierte Drüsen, Verwachsungen mit der Nachbarschaft gar nicht gefunden wurden, so wurde die Exstirpation des Magens beschlossen. Die Abtragung erfolgte oberhalb der Cardia und unterhalb des Pylorus. Weil die Schleimhaut des Speiseröhrenstumpfes schon karzinomatös affiziert war, mußten hier noch $1^1/_2$ cm abgetragen werden; trotzdem blieb ein 4 cm langes subdiaphragmatisches Ösophagusstück zurück. Das Duodenum war sehr beweglich und ohne Spannung bis an den Ösophagus heranzubringen, dessen Wand sehr brüchig war. Die zweireihige Knopfnaht war darum sehr mühsam, gelang aber vollkommen. Das Duodenum wurde mit drei Nähten an die untere Leberfläche angeheftet.

Am 5. Tage starb Pat. an einer allgemeinen eitrigen Peritonitis. Die Wand des Ösophagus war ringsum gangränös geworden. Der nekrotische Ring, zum

Teil $1^1/_2$ cm breit, saß dicht an der Naht, die dicht geblieben war; ebenso war da
Duodenum ganz unversehrt. F. führt die Gangrän zurück auf den Ausfall de
Blutzufuhr von der Art. coronar. sup. zum Ösophagus und auf die Brüchigkeit de
Wand des letzteren.

II. Die 41jährige Pat., die bis dahin gesund war, bekam plötzlich Magen
blutungen, die sich häufig wiederholten, so daß die Zahl der roten Blutkörperche
in 10 Tagen auf 1 200 000 sank.

Da die Blutungen anhielten; wurde zur Operation geschritten. Die Magen
wand wurde ausgiebig abgesucht — zum Teil mit elektrischen Lämpchen, wob
die Pylorusgegend am schlechtesten zu sehen war —, ohne daß eine Spur vo
Geschwüren gefunden wurde. Nach Verschluß der 12 cm langen Magenwund
wurde daher vordere Gastroenterostomie angelegt.

Die während der Operation kollabierte Pat. hatte 8 Tage später noch ein
letzte Magenblutung. Dann erholte sie sich langsam und stellte sich nach 10 Mo
naten in blühender Gesundheit wieder vor.

Verf. nimmt an, daß hier »parenchymatöse Blutungen« stattgehabt haben.

(Ob es sich nicht um jene minimalen, mitunter zu tödlicher Blutung führen
den Geschwüre gehandelt hat, auf die Tiegel in der Münchener med. Wochen
schrift 1902 Nr. 47 aufmerksam gemacht hat? Ref.)

V. E. Mertens (Breslau).

34) H. Elsner. Eine Dauerheilung einer Fistula gastrocolica. (Au Dr. J. Boas' Poliklinik für Magen-Darmkrankheiten in Berlin.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 32.)

Die nach Verwachsung des Magens an der Stelle eines Geschwürs mit de
Colon transversum entstandene Fistel wurde durch eine noch von E. Hahn au
geführte Operation zur Heilung gebracht. Die Fistel saß ziemlich hoch oben
der hinteren Wand des Magens, nach der das Querkolon hinzog. Bei der Oper
tion wurde der zuführende Schenkel (Querkolon) und der abführende (Colon desc
durch Tabaksbeutelnaht verschlossen und der Anfangsteil des Colon transversu
oberhalb des Verschlusses mit der Flexura sigmoidea durch eine Anastomose ve
bunden. Heilung mit Freibleiben von Beschwerden seit 3 Jahren. Ein Röntge
bild zeigt, daß der Magen zwei blindsackförmige Anhängsel des abgebunden
Kolon hat.

Kramer (Glogau).

35) H. Blanc et H. Caubet. A propos d'un cas d'occlusion intest nale par un diverticule de Meckel.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 3.)

In dem beschriebenen Falle eines 33jährigen Mannes war die Schnelligke
des Ablaufs bezeichnend: 32 Stunden nach dem Auftreten der ersten Ersche
nungen Tod. Bei der Sektion zeigte sich das Divertikel, das mit der Spitze a
Mesenterium hing, ringförmig verschlungen und im Ring eine Dünndarmschlin
abgeklemmt. — Hinzugefügt ist ein kurzer Abriß des anatomischen und klin
schen Krankheitsbildes derartiger Fälle.

Herm. Frank (Berlin).

36) Kirmisson et Rieffel. Nouveau cas de diverticule de Mecke ouvert à l'ombilic, avec prolapsus de la muqueuse intestinale; ex tirpation du diverticule, suivi d'examen histologique.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 3.)

Acht-Monatskind, $3^1/_2$ Wochen alt operiert und geheilt. Von Interesse ist d
Charakter der Struktur der Schleimhaut und der Drüsengebilde, welche nich
traubenförmig sind, sondern nur hier und da zwei- bis dreigeteilte Blindsackfor
haben. K., welcher schon in einem früheren Falle die Siegenbeck-Lexe
schen Theorie von dem Galleneinfluß auf den Charakter der Drüsen nicht h
gelten lassen wollen, findet auch in diesem von dem damaligen abweichend



Befund eine Bestätigung seiner Ansicht. Die stärkere Gefäßentwicklung des äußeren Schleimhautabschnittes, die Durchsetzung mit embryonalen Zellen, der Zottenverlust weist darauf hin, daß die mechanischen Umbildungen, welchen der äußere Abschnitt mehr ausgesetzt ist, die Ursache dieser Unbilden ist, und daß es in diesem Falle weniger dazu gekommen ist, liegt eben an dem Zeitunterschied dieser Einwirkungen (3 Wochen gegen 5½ Monate).

Herm. Frank (Berlin).

37) **Rebentisch.** Ein Fall von Entzündung eines Meckelschen Divertikels und Ileus. Viermalige Laparotomie.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 4.)

R. veröffentlicht die komplizierte Krankengeschichte eines jugendlichen Pat., der viermal wegen der Folgeerscheinungen einer Entzündung des Meckelschen Divertikels zur Laparotomie kam und danach endgültig genas. Bei Beginn der Erkrankung standen die Darmverschlußsymptome im Vordergrund. Bei dem Bauchschnitt konnte wegen Schwäche des Kindes nur der zwischen verklebten Darmschlingen liegende stinkende Eiter abgelassen, die Ursache der Krankheit aber nicht aufgeklärt werden. Neue Ileuserscheinungen veranlaßten die Eröffnung einer in der Operationswunde liegenden, stark geblähten Darmschlinge und Anlegung eines Kunstafters. Da aber jede Nahrungsaufnahme heftige Leibschmerzen wahrscheinlich wegen Verwachsungen zwischen Darm und Peritoneum parietale veranlaßte, wurde in einer folgenden Sitzung eine Darmausschaltung vorgenommen, wobei 103 cm Dünndarm, Colon ascendens und die Hälfte des Colon transversum ausgeschaltet wurden, wie bei der dritten Laparotomie festgestellt werden konnte, bei welcher die noch bestehende Darmfistel durch Resektion beseitigt und der Rest des ursprünglich ausgeschalteten Darmteils seiner Funktion wiedergegeben wurde. 7 Monate später mußte dann noch eine vierte Laparotomie ausgeführt werden, weil eine Dünndarmschlinge durch einen Strang akut eingeklemmt war, welcher zwischen den Mesenterialblättern zweier benachbarter Darmschlingen zurückgeblieben war.

Der vorliegende Fall ist der elfte bisher bekannt gewordene von Entzündung des Meckelschen Divertikels. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

38) **J. Koch.** Über einfach entzündliche Strikturen des Dickdarms.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 4.)

K. behandelt in vorliegendem Aufsatz die einfach entzündlichen Strikturen des Mastdarms mit Ausschluß der auf gonorrhoischer, luetischer und anderer spezifischer Basis entstandenen Fälle. Man kann dieselben einteilen in solche Prozesse, bei denen die Schleimhaut gesund bleibt und in solche, bei denen sich die Erkrankung hauptsächlich gerade in ihr abspielt. Zur ersteren Form gehören die Entzündungen, welche von falschen Divertikeln des Darmes ausgehen. Bezüglich der Ätiologie dieser letzteren schließt sich K. den Ansichten Sudsuki's an, daß sie zustande kommen durch geringere Widerstandsfähigkeit des lockeren Bindegewebes und Vorhandensein von Fettgewebe in den Gefäßlücken, durch Druck von Kot und Gas und durch Muskelwirkung. Die von Graser in den Vordergrund gestellte Beziehung der Stauung zu den Divertikeln dürfte eine zufällige sein. Solche falsche Divertikel können nun zuweilen zu pathologischen Prozessen Anlaß geben, indem sie durch Entzündung und Eiterung in der Darmwand und im periintestinalen Gewebe Narbenschwarten erzeugen, welche durch Schrumpfung Verengerung der Darmröhren hervorrufen bei intakt bleibender Mukosa. Bei vorgeschrittenen Fällen, wenn sich bereits Verwachsungen mit den benachbarten Organen eingestellt haben, ist es oft schwer, die Ursache dieser pathologischen Veränderungen aufzufinden.

K. beschreibt selbst auch einen neuen Fall, bei dem die Divertikel über den ganzen Dickdarm verstreut gefunden wurden. Der Hauptherd der Entzündung saß an der dem Mesenterium abgewandten Seite des Darmes und hatte hier zu

Verklebungen mit der Blase geführt. Zustände, die eine chronische Stauung im Gebiet der Vena meseraica inferior herbeiführen konnten, lagen nicht vor, weder Herz- noch Lungenerkrankungen, noch Störungen im Pfortaderkreislauf oder chronische Verstopfung. Den Umstand, daß die durch Divertikelbildung herbeigeführten Strikturen ausschließlich im Colon sigmoideum oder pelvinum ihren Sitz haben, erklärt Verf. dadurch, daß infolge der speziellen Füllungsverhältnisse dieser Darmabschnitte am ehesten daselbst Kotmassen in die Divertikel eindringen, zumal bei chronischer Verstopfung. Eine Cystitis, die bei dem Kranken K.'s bestand, kam durch die Verwachsungen mit dem Darm zustande. Wahrscheinlich hätte sich bald eine Kommunikation zwischen Darm und Blase entwickelt. Ähnliche Ereignisse sind noch einige Male beobachtet worden. Ein schlimmeres Ereignis als die Perforation in ein Nachbarorgan ist die in die freie Bauchhöhle.

Die Strikturen, welche durch Prozesse nicht spezifischer Natur in Mukosa und Submukosa entstehen, sind seltener. Doch daß sie in der Tat existieren, beweisen zwei näher geschilderte Krankengeschichten. Bei dem ersten Pat. erwies die mikroskopische Untersuchung eine chronische Geschwürsbildung der Mukosa und Submukosa, und von hier hatte die Entzündung auf die Muskularis übergegriffen. Neben den Geschwüren waren charakteristisch die Unterminierungen der Schleimhaut, welche die ganze Flexura hepatica bis zum Blinddarm in einer Ausdehnung von 25 cm umfaßten. Die Frage nach der Ätiologie dieses nicht spezifischen Prozesses bleibt eine offene. Der zweite Fall ist schon früher publiziert. Bei ihm war die Ätiologie der beginnenden Stenose klar. Nach Eröffnung eines perityphlitischen Abszesses mit langwieriger Eiterung kam es zu geschwürigen Prozessen mit sekundären papillären Wucherungen der Schleimhaut des Blinddarms, die das Bild der Tuberkulose vortäuschten und nicht eher heilten, bis durch Resektion die kranken Gewebe entfernt wurden. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

39) **Philipowicz.** Mitteilungen über inneren Darmverschluß mit besonderer Berücksichtigung des Volvulus der Flexura sigmoidea.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 3 u. 4.)

Verf. ist in der Lage, seiner Publikation 98 selbst beobachtete Ileusfälle zugrunde zu legen. Er verbreitet sich eingehender über das Verhältnis des Obturations- und Strangulationsileus und möchte die Bezeichnung des adynamischen Darmverschlusses durch die Bezeichnung Peritonitis ersetzt haben, auf welche es wohl in den meisten Fällen hinauskommt. Den durch spasmodische Darmkontraktionen entstehenden Darmverschluß hat er unter seinen zahlreichen Fällen nicht gesehen, so daß er Zweifel an dem Vorkommen desselben hegt. Die Bedeutung des v. Wahl'schen und Schlange'schen Symptoms der geblähten fixierten und der peristaltisch erregten Darmschlinge finden ihre kritische Würdigung. Die von Anschütz beschriebene Dehnung des Blinddarms bei tiefsitzenden Strikturen des Darmkanals hat P. nur in zwei Fällen von sieben impermeablen Blinddarmkarzinomen gefunden, so daß von einer Regel keine Rede sein kann. Einen sehr wertvollen Anhaltspunkt für die Diagnose, ob Dick- oder Dünndarmhindernis vorliegt, kann man erhalten, wenn man zu entscheiden vermag, ob die Ausdehnung, resp. die Peristaltik dem einen oder dem anderen Darmabschnitt angehört. Zuweilen treten nämlich die Wülste deutlich aus dem allgemeinen Meteorismus hervor und lassen sich durch ihre Lage wie durch ihr mehr oder weniger großes Volumen als Dickdarm oder Dünndarm unterscheiden. Die geblähten Schlingen ließen sich oft besser tasten als sehen. Dagegen waren die Invaginationsgeschwülste meist gut der Tastung zugänglich. Bei der Operation des Strangulationsileus war fast immer freier Flüssigkeitserguß vorhanden, aber nicht stets vor dem Eingriff nachweisbar. Ein metallischer Beiklang des tympanitischen Schalles hat, wie dies auch Nothnagel behauptet, nur dann Wert, wenn er stets über derselben umschriebenen Stelle auftritt. Stärkerer Kollaps gleich am Anfang der Krankheit spricht sehr für Strangulation, doch ist die Annahme falsch, daß der Verfall um so größer sei, je höher die Strangulation sitze. Jedenfalls ist nicht so sehr der Ort der letzteren,

als ihre Intensität nebst der allgemeinen Körperbeschaffenheit für die Schwere des Verlaufs entscheidend. Das Krankheitsbild war beim Dickdarmverschluß fast niemals vom Erbrechen beherrscht, oft dagegen beim Dünndarmverschluß. Beim akut einsetzenden Ileus spricht eine starke Indikanurie für Dünndarmstenose, sein Fehlen für Dickdarmhindernis. Bei längerer Dauer ist der negative Befund wichtiger, da auch im späteren Verlauf des Dickdarmhindernisses Indikan im Harn auftreten kann. Was den diagnostischen Wert der Mastdarmeingießungen betrifft, so ist es dem Verf. im Gegensatz zu anderen öfters gelungen, beim Volvulus der Flexura sigmoidea bis zu 3 Liter Wasser einzugießen. Die individuelle Reizbarkeit dürfte hierbei eine große Rolle spielen, ob mehr oder weniger Flüssigkeit behalten wird. Für die Therapie kommt in allen Fällen chirurgisches Eingreifen in Betracht. Mit Unrecht will Naunyn den Volvulus flexurae mit halber Achsendrehung ausschließen, da es nach P.'s Erfahrungen nicht auf den Grad der Drehung ankommt, sondern auch bei geringeren Graden der Torsion schon leicht Gangrän auftreten kann. Bei der Operation eines Darmverschlusses ist es vor allem wichtig, über die Ursache des Ileus klar zu werden. Erst danach sollen die weiteren Maßnahmen, Enterostomie, Resektion usw. bestimmt werden. Von der Inzision oder Punktion des Darmes zur Entleerung seines Inhalts ist Verf. abgekommen, da er die Naht für nicht haltbar und das Verfahren für infektionsgefährlich hält. Sehr bald nach dem Eingriff wird dagegen Rizinusöl verabreicht. Was den Volvulus der Flexur anlangt, so ist es in fünf Fällen gelungen, die gedrehte Schlinge durch das hohe Einführen des Mastdarmrohres ihres Inhalts zu entleeren und die Kranken so vor der unvermeidlichen Operation zu bewahren. Doch ist für den Fall, daß während der Entleerung durch das Darmrohr nicht gleichzeitig auch neben demselben oder nach Herausnahme spontane Stuhlentleerungen folgen, und die Schlinge sich wiederum blähen sollte, die Torsion als weiterbestehend zu betrachten und darum die Operation unverzüglich in Angriff zu nehmen; denn es ist möglich, mittels Darmrohr die Flexur ihres Inhalts zu entleeren, ohne die Torsion aufzuheben. Im großen und ganzen sind die Fälle der Gruppe »Volvulus der Flexur« recht bösartig verlaufen, was den Ansichten Naunyn's nicht entspricht, der gerade den gutartigen Ausgang vieler derartiger Krankheitsfälle betont. Von allen Darmverschlußfällen machte der Volvulus der Flexur 33% aus. Bei der Laparotomie soll man die Retorsion vornehmen; eine Kolotomie ohne Retorsion ist nie am Platze. Wegen des häufigen Rezidivierens muß durch eine passende Methode, welche nach Ansicht des Verf.s sehr oft von der Vorliebe des Operateurs abhängig ist, für die Zukunft vorgebeugt werden.

Die Arbeit enthält, in einzelne Gruppen eingeteilt, die sämtlichen Krankengeschichten mit epikritischen Bemerkungen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

40) **N. F. Leshnew.** Ein Fall von Darmsteinen.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 15.)

Der 30jährige Pat. leidet seit seinem 7. Jahre an hartnäckigen Verstopfungen. Dreimal dauerten diese Verstopfungen 30 Tage lang. Nur einmal wurde Diarrhöe beobachtet. Durch Enterostomie wurden zwei Kotsteine entfernt: 10,5 × 10,5 × 8 cm resp. 8 × 7 × 6 cm groß und 325,0 resp. 120,0 schwer. Das S romanum war abnorm beweglich, der Wurmfortsatz chronisch entzündet (sehr verdickt); letzterer wurde entfernt. Dieulafoy's Meinung, daß Kotsteine und Appendicits nicht gleichzeitig vorkommen, ist also unrichtig.

Nach Massage und Elektrisation des Unterleibes besserte sich beim Pat. die Darmfunktion. **Gückel** (Kondal, Saratow).

41) **Kausch.** Zur Narkose beim Ileus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 33.)

Um die Hauptgefahr der allgemeinen Narkose beim Ileus, die Aspiration von Magen-Darminhalt, mit Sicherheit zu vermeiden, hat K. eine Narkosen-Magensonde konstruiert, die es ermöglicht, den Magen an der Cardia abzuschließen und gleichzeitig dem immer wieder nachströmenden Darminhalt Abfluß zu verschaffen.

Die Sonde besteht aus einer gewöhnlichen, weichen, englischen Magensonde, an welcher dicht oberhalb des von der Spitze entfernten Fensters ein Gummiballon angebracht ist. Von ihm führt ein dünner Gummischlauch neben der Magensonde entlang, außen an ihr befestigt; er ist etwas länger als die Sonde. Nahe seinem Ende ist in diesem dünnen Schlauch ein zweiter Gummiballon von genau derselben Größe und Wandstärke eingeschaltet. Über ihn hinaus setzt sich der Gummischlauch noch ein kurzes Stück fort. Nach Einführung der Sonde werden die beiden miteinander kommunizierenden Gummiballons mittels einer Spritze mit Luft gefüllt, bis der außen befindliche Ballon prall gespannt ist, alsdann der Schlauch an dieser Stelle abgeklemmt. Die Magensonde wird, soweit es geht, zurückgezogen, und während der ganzen Narkose wird andauernd ein mäßiger Zug in derselben Richtung ausgeübt.

Durch Beckenhochlagerung wird die Entleerung des Magens und Darmes wesentlich befördert. Der Kopf muß auf die Seite gelegt, der Rachen von Zeit zu Zeit leer getupft werden, da während des Liegens der Sonde der Speichel nicht die Speiseröhre passieren kann.

Georg Härtel (Breslau) liefert die Sonde. **Langemak** (Rostock).

42) **W. W. Stawski.** Über Anwendung des Atropin bei Ileus.

(Med. Obosrenje 1903. Nr. 9. [Russisch.])

S. behandelte 5 Fälle nach Batsch. 4 genasen, 1 Fall — alter Mann, sehr erschöpft — ohne Erfolg. Mit Einschluß seiner eigenen Fälle sind bis jetzt 49 geheilte und 9 erfolglos behandelte Fälle beschrieben.

S. spricht sich daher für weitere Anwendung des Atropins in geeigneten Fällen, besonders wo die Operation verweigert wird, aus.

Gückel (Kondal, Saratow).

43) **W. Meyer** (New York). Appendicostomy (Weir) for the treatment of chronic ulcerous colitis.

(Med. news 1903. Nr. 26.)

Bei der sehr heruntergekommenen Pat. führte M. als schonendsten Eingriff die Appendicostomie nach dem Vorgang von Weir (vgl. ds. Blatt 1903 Nr. 1) aus. Der Wurmfortsatz wurde in schräger Richtung in die Bauchwand eingenäht, an der Spitze eröffnet, auf seine Durchgängigkeit geprüft und provisorisch wieder verschlossen. Nach 24 Stunden Einlegung eines Dauerkatheters und von nun ab Höllensteinspülungen. Die Pat. ist noch in Behandlung (seit 1/2 Jahr), hat sich wesentlich erholt und 15 Pfund zugenommen.

M. schlägt vor, auch bei karzinomatöser Dickdarmstriktur, wenn der Kräftezustand des Kranken eine eingreifendere Operation verbietet, die gefahrlose und schnell auszuführende Appendicostomie, eventuell unter lokaler Anästhesie, in Betracht zu ziehen. **Kleinschmidt** (Kassel).

44) **Falkenburg.** Zur Kasuistik der Thrombose und Embolie der Mesenterialgefäße.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 4.)

F. publiziert aus der Körte'schen Abteilung vier Fälle von Thrombose und Embolie der Mesenterialgefäße. Das erste charakteristische Symptom war bei allen Pat. der kolikartige heftige Leibschmerz. Außerdem bestand jeweils heftiges Erbrechen, erschöpfende Magen-Darmblutung. Die Verhältnisse der Stuhlentleerung waren verschiedenartig, wohl davon abhängig, ob sofort eine vollständige Lähmung des Darmes eintritt — wie in einem Falle —, oder ob noch eine zeitweilige Kontraktionsfähigkeit erhalten bleibt. Zweimal beherrschten die peritonitischen Erscheinungen das Krankheitsbild. Der Ausgang war stets tödlich. Die Sektionsbefunde ergaben größere Ansammlungen blutiger Flüssigkeit und hämorrhagische Infarzierung der Darmwand von einfacher Schwellung und blutiger Imbibition bis

zu tiefgreifenden Epithelverlusten. Der Ausgangspunkt des Leidens war einmal eine alte Appendicitis, bei welcher die Thrombose der Gefäße des Mesenteriolum eine solche der V. meseraica superior und ihrer Verzweigungen herbeiführte; bei dem zweiten Falle bestand eine Entzündung der Mitralis und bei dem dritten war das Primäre eine Pfortaderthrombose bei Lebersyphilis mit Schrumpfung des Organs. Bei dem vierten Pat. bedingte allgemeine Arteriosklerose den Verschluß der Mesenterialgefäße. Gemeinsam ist für alle Fälle die Plötzlichkeit der Erkrankung, die stürmisch einsetzenden Erscheinungen des Darmverschlusses bezw. der Peritonitis, welche nur die Diagnose auf Darmokklusion rechtfertigten. Die Darmblutung, auf welche man für die Erkenntnis des Leidens großes Gewicht legt, war bei drei Pat. nicht zutage getreten, ist also ein unsicheres Symptom. Am ehesten sind die Fälle einer Diagnose zugänglich, wo schon andere Thrombosierungen oder ein Herzleiden bestehen. Von den verschiedenen Formen des Darmverschlusses sind am ähnlichsten die akute Darminvagination und die akute Strangabklemmung. Bei der ersteren, die meist im jugendlichen Alter vorkommt, ist häufig eine Geschwulst zu fühlen, die auf die richtigen Wege leiten kann. Die operativen Erfolge sind bei dem Leiden keine günstigen, doch ist bei kleineren Infarzierungen die Möglichkeit einer Heilung durch Darmresektion nicht ausgeschlossen, wie zwei Fälle von Elliot und Sprengel beweisen. Für die Entscheidung, ob ein chirurgischer Eingriff zu machen, ist der Allgemeinzustand maßgebend. In den vier beschriebenen Fällen war eine Operation unmöglich.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

45) J. A. Bondarew. Über primäre Geschwülste des Dünndarmmesenteriums.

(Chirurgie 1903. August. [Russisch.])

1) 36jährige Frau, vor 3 Jahren nach Fahrt auf holprigem Wege Bauchschmerzen, bemerkte vor einem Jahre die Geschwulst. Chyluscyste, von der Größe des Kopfes eines einjährigen Kindes, mit der Bauchwand verwachsen. Ausschälung aus dem Mesenterium, teils stumpf, teils mit der Schere. Heilung.

2) 42jähriger Mann, bemerkte die Geschwulst vor 2 Jahren. Klagt über Blähung, Verstopfung und Schwere nach dem Gehen und nach der Arbeit. Gekrössarkom von der Größe des Kopfes eines Neugeborenen; Entfernung mit Resektion von 59 cm Dünndarm. Heilung.

Gückel (Kondal, Saratow).

46) D. Edsall and C. Miller. A study of two cases nourished exclusively per rectum.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1903. Nr. 11.)

Die Verff. teilen Stoffwechselversuche bei zwei Frauen mit, welche wegen schwerer Magenblutung 18 Tage lang ausschließlich rektal ernährt wurden. Sie kommen auf Grund ihrer Versuche und der ausgiebig verwerteten Literatur zu der Ansicht, daß die Rektalernährung nur in Ausnahmefällen genügt, um Gewebsverluste zu verhüten, da die eingeführte Nahrung sehr unvollkommen resorbiert werde, auch die vom Darme vertragene Quantität zu klein sei.

Mohr (Bielefeld).

47) A. Rose. Rectal fistula curable without operation.

(New York med. journ. 1903. Januar 31.)

Verf. berichtet über einen nicht uninteressanten Fall von messerscheuem Pat., der seit 12 Jahren durch eine Mastdarmfistel in hohem Grade Beschwerden hatte. Verf. ließ durch die äußere Öffnung der Fistel Kohlensäuregas eindringen, was nicht schmerzhaft war, sondern sogar ein Gefühl von Wohlsein und in 12 Tagen eine komplette Heilung der Fistel und Regelung der Defäkation hervorbrachte. Verf. berichtet, daß er das Verfahren seit 2 Jahren schon mehrfach mit gutem Erfolge verwendet habe (cf. New York med. journ. 1900 Februar 24). Wenn es

auch etwas wunderlich erscheint, so dürfte doch event. bei operationsgegnerischen Pat. der Versuch der sehr leichten Anwendung gemacht werden können.

Scheuer (Berlin).

48) **Monprofit. Kyste rétropéritonéal parapancréatique: ablation du kyste, ablation partielle du pancréas, ablation totale de la rate.**

(Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris LXXVIII. ann. 6. ser. Nr. 5.)

43jährige Frau mit großer Bauchgeschwulst, die besonders in der Nabelgegend vorspringt, ziemlich weich anzufühlen, ziemlich beweglich ist, etwa 3- bis 4fingerbreit oberhalb der Symphyse endigt und keine Beziehungen zu den Beckenorganen erkennen läßt.

Bauchschnitt, teilweise Aspiration des Cysteninhalts. Es zeigt sich jetzt, daß die Cyste vom Schwanzteil des Pankreas ausgeht, daß in ihrer hinteren Wand die Art. lienalis verläuft in einer Ausdehnung von ca. 20 cm (?); es mußte dementsprechend ein Teil des Pankreas und die am oberen Pol stark verwachsene Milz mitentfernt werden.

Die ersten Tage nach dem Eingriff verliefen gut; über das Endergebnis fehlen vorläufig die Angaben. **Christel** (Metz).

49) **Mancini e Janari.** Ferita da punta e taglio della base del ventricolo sinistro del cuore.

(Policlinico. Ser. chir. 1903. Nr. 5.)

M. beschreibt eine interessante Operation wegen Stichverletzung des Herzens an der Basis des linken Ventrikels. Es bestand Herztamponade. Auch nach Eröffnen des Perikards schlug das Herz nur ganz schwach. M. faßte es daher in die volle Hand und drückte es rhythmisch zusammen, während er mit der anderen die Stichwunde versorgte. Es gelang so, dieselbe zu schließen und zugleich die Herztätigkeit wieder in Gang zu bringen. Pat. lebte noch zwei Tage. Tod erfolgte durch Infektion der Pleura. Die Wunde erwies sich geschlossen.

Im Anschluß daran spricht sich M. über die verschiedenen Operationsmethoden aus und befürwortet eine osteoplastische Schnittführung nach Bruchini, welche im wesentlichen der Rothe'schen entspricht, nur etwas breiter ist.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

50) **Wolff.** Über drei Fälle von Herznaht wegen Herzverletzung.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 67.)

Die drei von W. bearbeiteten Fälle sind von Barth im chirurgischen Stadtlazarett in Danzig operiert und auf dem diesjährigen Chirurgenkongreß kurz erwähnt, worüber auf Nr. 36 unseres Blattes, Beilage p. 59, zu verweisen ist. Die Arbeit bringt Mitteilung der Krankengeschichten, sodann ein kurzes Referat von den 39 sonstigen publizierten Fällen von Herznaht, endlich eine allgemeine Besprechung über Herzwunden und die chirurgischen Grundsätze bei deren Behandlung. Die wesentlichsten Punkte der letzteren hat Barth ebenfalls auf dem Chirurgenkongreß berührt, und kann auch in dieser Beziehung auf den bereits angezogenen Bericht verwiesen werden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 46. Sonnabend, den 14. November. **1903.**

Die Aufklappung des Rippenbogens zur Erleichterung operativer Eingriffe im Hypochondrium und Zwerchfellkuppelraum.

Von

Dr. **Asthoewer,**

dirig. Arzt des Johanneshospitals zu Dortmund.

Im 35. Hefte dieser Zeitschrift vom 29. August 1903 empfiehlt Herr Prof. Marwedel aus Aachen die Aufklappungsmethode am

Rippenbogen mit einfachem Schrägschnitt, von der er am Schlusse seiner Abhandlung sagt:

»Im Übrigen war der Nachweis erbracht worden, daß die hier zum erstenmal am Lebenden angewandte Aufklappungsmethode des Rippenbogens einen ausgezeichneten Zugang zum Zwerchfellkuppelraum gewährt.«

Die Aufklappungsmethode ist von mir in der Marwedel'schen Darstellung am 17. September 1902 ausgeführt worden, nachdem ich bereits am 3. August 1894, also vor der Micheli'schen Bekanntmachung, die mir bis heute unbekannt blieb, in ähnlicher Weise wie dieser operiert hatte. Es handelte sich im Jahre 1894 um die Exstirpation eines großen Milztumors (multiple Fibrome der Milz). Der Fall war folgender:

Frau Friederike Aringkoff, 59 Jahre alt, klagte, sie sei im letzten halben Jahre körperlich zurückgegangen und fühle sich seitdem schwach. Sie leide an einer Eierstocksgeschwulst, deren Beseitigung sie dringend wünsche.

Befund: Pat. von weit jugendlicherem Aussehen als ihren Jahren entspricht. Noch sehr guter Allgemeinzustand. Leichte Cyanose, etwas erschwerte Atmung. Vorwölbung der linken Seite des Abdomens. Tumor daselbst, den Bauchdecken fest anliegend, von der linken Leiste bis unter den Rippenbogen und von der linken Nierengegend bis etwas über den Nabel reichend; nach dem Becken zu ungleich und breiter, anscheinend auch von derberer Beschaffenheit und uneben, im oberen Teile dagegen weicher. Keine Veränderungen an den Brustorganen, auch nicht an der Leber. Kein Ascites. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Blutuntersuchung negativ. Diagnose: Nierentumor(?).

Am 3. August 1894 Probelaparotomie. Schnitt am Außenrande des linken Rectus abdom. Tumor an die Bauchwand lose angeklebt. Oberfläche uneben, nach oben glatt und weich; er reicht bis ans Becken, geht aber nicht von demselben aus. Beim Anhebeln des Tumors nach innen durch den Assistenten entsteht hinter demselben eine enorme, quellartige, venöse Blutung, die durch Tamponade und festes Gegendrücken des Tumors an die Rückwand sich dämpfen läßt. Schleunige Erweiterung der Wunde bis an den Rippenbogen durch Verlängerung des Schnittes und durch einen zum ersten senkrechten Schnitt bis über die Spitze der linken 11. Rippe. Da der Zugang noch nicht frei genug ist, Parallelschnitt zum ersten Schnitt von der 11. Rippe aufwärts. Durchtrennung der 10., 9. und 8. Rippe und des Rippenknorpels vorn an der Ansatzstelle der 7. und 8. Rippe. Emporhebelung des großen Lappens nach oben, womit der Tumor, als Milztumor kenntlich, vollständig frei und das Operationsfeld übersichtlicher wird. Stillung der Blutung; Umstechung der Gefäße en masse und Fortnahme des 7 Pfund schweren Tumors. Diagnose: Multiple Fibrome der Milz. Exitus letalis in der folgenden Nacht.

Trotzdem ich sowohl vor wie nach jener Zeit stets darauf bedacht war, die Aufklappungsmethode mit einfachem Schrägschnitt am Rippenbogen entlang, namentlich bei den Operationen in der Lebergegend, in Anwendung zu bringen (weshalb ich dieserhalb seit jener Zeit auch den Schrägschnitt am Rippenbogen fast stets bevorzuge), so war sie bei nahezu 90 Operationen daselbst, vorwiegend Gallensteinoperationen, doch entbehrlich. Ein Fall von Echinokokkus der Leber und des Zwerchfellkuppelraums, der, mit der Diagnose Gallensteine dem Hospital in elendem Zustande überwiesen,

von mir als Leberabszeß gedeutet wurde, ohne daß sich derselbe bei der Operation auffinden ließ, hätte sich, wie die Sektion zeigte, besonders zur Anwendung der Methode geeignet, wenn die Stellung der Diagnose noch möglich gewesen wäre. So führte ich die Methode nicht eher wieder aus als bis zum 17. September 1902. Der Fall war von besonderem Interesse, weil es sich darum handelte, ob er als eine Unfallfolge anzusehen war oder nicht. (Gutachten vom 8. Oktober 1902 an die Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft hierselbst.)

Franz Krolikowski, 45 Jahre alt, will im Juli durch einen Stiel in die linke Seite getroffen worden sein. Annahme einer Infractio costarum 9. et 10. sin. Behandlung vom 17. Juli bis 28. August. Wiederaufnahme der Arbeit. Am 15. September 1902 Spitalaufnahme wegen Schmerzen in der linken Rippengegend und am Magen, verbunden mit enormer Mattigkeit.

Befund: Elend aussehender Mann, abgemagert. Abdomen gespannt. Tumorartige Verdickung unter dem linken Rippenbogen. An der Verletzungsstelle zwischen 9. und 10. Rippe links im Interkostalraum ein kleiner Knoten. Punktion der Tumorgegend negativ. Bronchitis beider Lungen. Diagnose: Sarkom hinter dem Rippenbogen.

Operation am 17. September 1902. Schrägschnitt, 2fingerbreit vom Rippenrande, am Schwertfortsatz beginnend, läuft bis an die Spitze der 11. Rippe, wo er schräg nach oben abzweigt. Abhebelung des Haut-Muskellappens zur Freilegung der Rippen zwecks Kontrolle des zwischen 9. und 10. Rippe liegenden Knotens (Sarkom). Eröffnung der Bauchhöhle in der Schnittlinie. Durchtrennung des Rippenbogens am 7. Rippenknorpel; Durchtrennung der 10., 9. und 8. Rippe in der hinteren Axillarlinie. Vorsichtige Emporhebelung von der Mittellinie her, um ein Einreißen des Zwerchfells zu vermeiden. Tumor haftet dem Rippenbogen fest an und erstreckt sich bis auf den Magen, dem er ringförmig und scharfrandig aufsitzt. Lösung von der Magenwand gelingt leicht (Tumor geht also nicht von diesem aus). Resektion des Rippenbogens. Zwerchfell mitergriffen, reißt ein. Metastasen hinter dem Zwerchfell. Lunge mit letzterem verwachsen. Erweichtes inoperables Sarkom, ausgehend vom linken Rippenbogen. Schluß der Wunde. Tod nach 17 Tagen am 4. Oktober 1902.

Es verdient wohl noch darauf hingewiesen zu werden, daß diese Aufklappungsmethode nicht in jedem Falle, sondern nur in beschränktem Maße anwendbar ist. Bei einem weiten und nachgiebigen Rippenbogen ist sie überflüssig, weil dieser sich emporheben läßt. Bei einem engen und schmalen Rippenbogen dagegen genügt die Resektion innerhalb der Knorpelgrenzen nicht, da hierdurch ein Zugang zum Kuppelraum wegen der Enge so gut wie gar nicht geschaffen wird. Und reseziert man weiter nach außen an den knöchernen Rippen, so besteht die Gefahr der Zwerchfellverletzung, da man dort um so mehr mit demselben in Berührung kommt, je weiter man nach auswärts reseziert; es ist seine Elastizität, Stand und Insertion keineswegs stets konstant, worauf schon in den 80er Jahren beim Bekanntwerden des Bardenheuer'schen Thürflügelschnittes zur Operation an den Nieren hingewiesen worden ist. Die Methode ist also nur je nach Beschaffenheit des einzelnen Falles ausführbar.

---

1) Rogers. A chemical hypothesis for the etiology of cancer.

(Annals of surgery 1903. August.)

Verf. glaubt, daß bei der Entstehung des Krebses die chemische Zusammensetzung des Blutes eine Rolle spiele. Namentlich soll es der Reichtum des aus den Kohlehydraten abgespaltenen Glykogens im Blute sein, welcher eine begünstigende Rolle bei dem Entstehen des Karzinoms spielt. Die Zellen bösartiger Geschwülste haben eine große Ähnlichkeit mit Zellen des embryonalen Typus und des Granulationsgewebes; diese beiden letzteren sind sehr reich an Glykogen. Entstehen nun z. B. nach einem Trauma diese Granulationszellen in dem geschädigten Gewebe und finden sie eine allzu reiche Glykogennahrung im Blute oder in den Zellen des Körpers, so sollen sie ein exzessives Wachstum ins bösartige annehmen. Da nach des Verf.s eigener Angabe sich auch bei vielen anderen Infektionskrankheiten Kohlehydrate und Glykogen im Blute in vermehrter Menge nachweisen lassen, bleibt der Zusammenhang des Krebses mit diesen Stoffen zunächst nur eine schwankende Hypothese.

Herhold (Altona).

---

2) **G. Levesque.** Contribution à l'étude des inoculations opératoires du cancer.

Thèse de Paris, **G. Steinheil**, 1903.

Verf. versteht unter Krebs in seiner Arbeit alle bösartigen Geschwülste, Karzinome und Sarkome. An der Hand einer reichlichen Literatur, wobei die deutsche besonders zahlreich vertreten ist, geht er zunächst ein auf die Ätiologie, die Autoinokulation, den Cancer à deux, die experimentellen Resultate der verschiedensten Krebsimpfversuche und kommt dann zur unabsichtlichen Überimpfung des Krebses durch operative Eingriffe. L. erwähnt hier die Fälle, wo durch Punktion der Pleurahöhle und des Bauches, bei Karzinom dieser Teile, die Punktionsstellen krebsig infiziert werden — in einem Falle alle 7 Punktionsstellen —, ferner die Infektion von Hilfs- und Entspannungsschnitten usw. Seiner Meinung nach spielt aber auch bei den lokalen Rezidiven die Verpfropfung des Krebses durch Hände und Instrumente bei der Operation eine viel größere Rolle als durchgehends angenommen wird. Abgesehen von den Krebsen der übrigen Organe kommt dies speziell beim Kollum- und Mammakarzinom, von dem L. zwei klassische Fälle von lokalem Rezidiv der Stichkanäle aus der Praxis Lejar's mitteilt, in Frage. In vielen Fällen sind derartige Impfungen unvermeidbar, in anderen dagegen sind sie es durch vorsichtiges Operieren. Hier kommt es viel auf die Operationsmethoden an, die von diesem Gesichtspunkte aus noch lange nicht, vielleicht mit Ausnahme der modernen Brustdrüsenamputation, wie sie besonders Kocher übt, genügend durchgearbeitet sind. (?Ref.)

Zusammenfassend gelangt L. zu folgenden Schlußfolgerungen. Der Krebs ist vom chirurgischen Standpunkt aus als eine infizierende und überimpfbare Krankheit anzusehen. Zu vermeiden ist deshalb bei Untersuchung und Operation jedes starke Drücken und Quetschen, ferner jede Zerstückelung sowohl der Primärgeschwulst als auch all des Gewebes, das krebsig infizierte Lymphgefäße enthalten kann. Sie und die zugehörigen Lymphdrüsen müssen im ganzen und, wenn es geht, zusammen mit der Organgeschwulst scharf mit dem Messer exstirpiert, nicht mit den Fingern einzeln herausgeschält werden, um soweit wie irgend möglich eine Aussaat von Krebszellen aus den eröffneten, Krebselemente führenden Lymphgefäßen und Drüsen zu vermeiden. Diese müssen für die Inokulation als ebenso infektiös wie septisch vereiterte oder tuberkulöse Lymphdrüsen gelten.

Müller (Dresden).

---

3) **W. N. Ssawwin.** Das Schicksal des transplantierten Knorpels.

(Chirurgie 1903. Juni. [Russisch.])

S. experimentierte an jungen Hunden; es wurden Stückchen des Rippenknorpels, an der einen Seite mit Perichondrium bedeckt, in das subkutane Zellgewebe transplantiert und nach verschiedenen Zeiträumen — bis 12 Monate — untersucht. S. kommt zu folgenden Schlußsätzen. Der reife hyaline Knorpel kann lange Zeit als solcher bestehen. Anfänglich werden in demselben regressive Veränderungen beobachtet: im Perichondrium vermindert sich die Zahl der Zellen, die Kerne schwinden oder färben sich schwächer, die homogene Zwischensubstanz wird geringer. Im vom Perichondrium entblößten Knorpel werden die Zellkerne mazeriert, die Zellen zerfallen, und so entstehen Hohlräume, die durch Granulationsgewebe ausgefüllt werden.

Später beobachtet man Regeneration der Zellen im Perichondrium und Knorpel und Ablagerung von hyaliner Substanz. Neubildung des Perichondrium wurde nicht gefunden. Endlich wird der Knorpel stationär und unveränderlich.

Der Knorpel kann also mit Erfolg transplantiert werden, doch geht ein Teil immer zugrunde. Reaktionslose Wundheilung begünstigt die Erhaltung des Knorpels. **Gückel** (Kondal, Saratow).

---

4) **Deelemann** und **Varges.** Die Verwendbarkeit des Gebrauchsschwammes in der Kriegschirurgie.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1903. Hft. 7.)

Verff. haben sich der mühevollen Aufgabe unterzogen, aus der Literatur die für die Sterilisation von Schwämmen empfohlenen Methoden zusammenzustellen und das von der Kriegssanitätsordnung angegebene Verfahren der Schwammsterilisation nachzuprüfen. Da

Schwämme durch Auskochen oder Sterilisieren durch Dampf un-
chbar werden, so kommen für die Sterilisation nur chemische
el in Betracht. Die Kriegssanitätsordnung schreibt vor, die me-
ich gereinigten Schwämme zwölf Stunden in eine 5‰ige Sublimat-
ng zu legen, welcher 20% Glyzerin zugefügt sind. Durch Ver-
e stellten D. und V. fest, daß schon eine zweistündige Einwirkung
er Lösung genügt, um in die Schwämme gebrachte Milzbrand-
en mit Sicherheit abzutöten. Das Gewebe der Schwämme litt
einer Weise bezüglich der Festigkeit und Aufsaugefähigkeit. —
So dankenswert solche Versuche sind, so möge doch gesagt sein,
Schwämme als ein nicht auskochbares und nicht durch Dampf
isierbares Material von den Wunden heutzutage absolut fern zu
en sind (Ref.). **Herhold** (Altona).

5) **Masson.** Recherches sur l'atténuation progressive du voir antiseptique du matériel de pansement bichlorure; des moyens d'y remédier.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1903. August.)

Unter der Berührung mit der Gewebsfaser schwindet oder ver-
dert sich nach und nach nicht unerheblich der Sublimatgehalt
Verbandgaze in den Verbandpäckchen der Truppe, so daß die
eren zuletzt wohl noch aseptische, aber nicht antiseptische Eigen-
aften haben. Um den Verbandpäckchen die für nötig gehaltene
septische Kraft zu bewahren, hat man in Frankreich zur Durch-
kung der Gaze statt 1‰ige Sublimatlösungen solche von einer
mensetzung von 1,5—3,0 auf 1000 benutzt. Aber auch in der
hergestellten Gaze wurde im Laufe der Jahre der Gehalt an
limat auf ein Minimum reduziert.

Verf. hat nun durch Versuche festgestellt, daß sich durch Hin-
gen von 2 g Pottasche oder 2 g Acid. tartaric. zu 1000 g der
limatlösung der Gehalt an Sublimat in der Verbandgaze der
bandpäckchen längere Zeit und in etwas größerer Konzentration
alten läßt. Damit eine gleichmäßigere Verteilung der Sublimat-
ung in der Verbandgaze stattfinden kann, schlägt M. vor, bei der
ereitung die Gaze nicht senkrecht aufzuhängen, sondern hori-
tal auf Gerüste zu lagern und eine möglichst schnelle Trocken-
thode anzuwenden. **Herhold** (Altona).

6) **M. Claudius.** Erfahrungen über Jodcatgut.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 462.)

7) **A. Martina.** Die Catgutsterilisation nach M. Claudius.

(Ibid. Bd. LXX. p. 140.)

C.'s Mitteilung stellt den Abdruck eines von ihm auf dem inter-
tionalen medizinischen Kongreß in Madrid im April dieses Jahres
haltenen Vortrags dar. Es sind darin kurz die Berichte etlicher
nischer Chirurgen über die Erfahrungen, die sie mit dem C.'schen

Jodcatgut gemacht haben, zusammengestellt. Dieselben sind durchgehends fast bedingungslos günstig ausgefallen, und ist das Catgut sowohl zu Hautnähten als zu Unterbindungen, besonders häufig auch in allen Zweigen der Bauchchirurgie mit guten Erfolgen ausprobiert. Es war stets aseptisch, dabei auch antiseptisch wirksam, wirkte nie irritierend; de Fine Licht findet, daß dasselbe später resorbiert wird als gewöhnliches Catgut, sein Faden ist stärker befunden worden, als der des anderen Catguts. In einzelnen Fällen, wo Fadensprödigkeit bemerkt ist, handelte es sich um eine zu lange (über $^1/_2$ Jahr) Aufbewahrung in der Jodlösung. C. hat daher im ganzen keinen Anlaß, an den Vorschriften für Bereitung seines Catguts etwas zu ändern.

Die M.'sche Arbeit ist aus der Grazer Klinik hervorgegangen und berichtet zunächst über Laboratoriumsversuche, die mit dem Präparat angestellt sind, und betreffs deren auf das Original verwiesen sei. Sie ergaben 1) daß das C.'sche Catgut als unbedingt zuverlässig steril anzusehen ist, daß 2) demselben auch dank seinem Gehalt an reinem Jod antiseptische Kraft beiwohnt. 3) Ist eine toxische Wirkung seines Jodgehaltes wegen der geringen Menge des Jodes von ihm nicht zu fürchten, auch 4) keine reizende Wirkung. 5) Wird der Catgutfaden durch die Jodbehandlung resistenter, »zugfestiger«, wenigstens solange die Aufbewahrungsflüssigkeit nicht über ca. $1^1/_2$ Monate alt ist. Ältere Lösungen werden durch Verdampfung allmählich jodärmer, und da die Vorzüge des C.'schen Catguts allein auf dem Jodgehalte beruhen, empfiehlt es sich, die Aufbewahrungsflüssigkeit etwa allmonatlich zu erneuern. Was 6) die Resorbierbarkeit betrifft, so findet M. bei seinen Versuchen (Einlegen von Fäden in die Oberschenkelmuskulatur von Kaninchen), daß dieselbe eine raschere ist als bei sonstigen Catguts; im Durchschnitt genügten 8—9 Wochen zur Resorption, ein Umstand, der einer bedeutenden chemotaktischen Wirkung des Präparats zugeschrieben wird. Gerade diese rasche Resorbierbarkeit sieht M. als Vorzug an. Praktisch wurde das Catgut in der Klinik in 75 verschiedenartigen Fällen angewendet. M. rät, die Fäden derart zu behandeln, daß ihr Jodgehalt möglichst unvermindert bleibt. Das der Lösung entnommene Catgut soll demgemäß nicht, wie C. will, in eine indifferente Flüssigkeit gelegt werden, sondern entweder auf trockene sterile Mullkompressen oder in eine schwache Jodjodkalilösung. Im übrigen hat das Präparat auch in Graz sehr befriedigt, in erster Linie als Unterbindungsmaterial, z. B. bei Kropfexstirpationen. Zu Hautnähten wurde es wegen zu rascher Resorbierung als weniger geeignet befunden. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

8) **S. Daconto.** Akoin in der Chirurgie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 457.)

D. hat eine 1%ige Akoinlösung in physiologischer Kochsalzlösung in seiner chirurgischen Tätigkeit im Spital zu Giovinazzo mit

best… …m Erfolg als Lokalanästhetikum angewendet, wofür 15 Opera-
tion… …berichte als Belege beigebracht werden. Es wurden weder
toxi… …che noch nekrotische Wirkungen noch Wundverlaufsstörungen
beob… …achtet. Zur Anwendung kamen außer endermatischer Injektion
das …Einlegen mit Akoinlösung getränkter Kompressen in die offene
Wu… …de. In einem Falle wurden 20 ccm der Lösung ohne Schaden
inji… …iert. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

9) …tratton. The gradual surgical occlusion of large ar-
teri… …s: its relative advantages, together with an experimental inquiry as to its feasibility.

(Annals of surgery 1903. August.)

…Verf. weist auf die Gefahren der Unterbindung großer Gefäße
hin, …welche darin beruhen, daß plötzlich die Blutzufuhr zu den Ge-
web… …n des Körpers abgeschnitten wird. Wird die Blutzufuhr lang-
sam …abgeschnitten, wie bei langsam wachsenden, große Gefäße kom-
prim… …ierenden Geschwülsten, so bleiben die Schädigungen aus. Seine
Vers… …uche an Hunden bestanden darin, daß er teils mit Silkfäden,
teils …mit seidenen Bändern die Aorta oberhalb der Teilung um-
schn… …ürte und das Band über eine Winde führte. Auf diese Weise
kon… …nte er die Gewalt des Zuschnürens graduieren. Zuerst schnürte
er n… …ur soviel zu, daß der Puls in der Femoralis noch eben zu fühlen
war, …innerhalb eines Zeitraums von 2—3 Tagen zog er das Band so
stark …an, daß der Puls aufhörte. Die Extremitäten wurden zwar
etwa …kühler, Lähmung oder Gangrän usw. trat jedoch nicht ein.
Bei …der Autopsie wurden an der Stelle der Umschnürung teils
Ekch… …ymosen der Gefäßwände mit geringen Blutergüssen, teils un-
bede… …utende Einrisse der Intima angetroffen. Nach des Verf. Ansicht
sind …diese Verletzungen ohne schädliche Folgen (? Ref); durch feiner
kons… …truierte Apparate hofft er sie ganz vermeiden zu können. In-
wiew… …eit sich diese Versuche beim Menschen, z. B. bei der Behand-
lung …von Aneurysmen oder bei der Exstirpation großer Geschwülste,
anwe… …nden lassen, müssen weitere Beobachtungen zeigen; jedenfalls
ist e… …in genügender Blutdruck und das Fehlen von Arteriosklerose
Vorb… …edingung für eine etwaige derartige Behandlung.

Herhold (Altona).

10) …Hildebrand, Scholz u. Wieting. Sammlung von stereo-
skop… …ischen Röntgenbildern aus dem Neuen Allgemeinen
Kra… …kenhaus Hamburg-Eppendorf. V. Fremdkörper, Sarkom
und … Osteomyelitis des Schenkels; VI. Deformitäten und
M… …ißbildungen. Je 10 stereoskopische Bilder mit Text.

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1903.

…Die beiden neuen Lieferungen des stereoskopischen Atlasses von
Skiag… …rammen, auf den wir schon früher aufmerksam gemacht haben

(1902 p. 360), enthalten eine Reihe höchst instruktiver Bilder, in der einen Lieferung von Fremdkörpern (Draht in der Harnblase, Nadeln in Hand und Bein, Geschosse in der Hand, dem Unterschenkel, dem Schädel), von Osteosarkomen und Osteomyelitiden, in der anderen von Deformitäten (überzählige Halsrippe, Coxa vara, Spontanverrenkung des Hüftgelenks nach Koxitis, Rachitis, Pes excavatus, Pes valgus, Pes varus vor und nach der Geraderichtung, eine eigentümliche angeborene Fußverbildung) und das Ergebnis einer Resektion im Fuß nach Wladimorow-Mikulicz. Die Bilder, die in ihrer Schärfe nicht allein die groben Umrisse, sondern oft auch die innere Architektur der Knochen genau erkennen lassen und die Verschiebungen und Gestaltveränderungen in großer Klarheit wiedergeben, sind zu eigener Belehrung und zu Unterrichtszwecken auf das beste zu empfehlen. **Richter** (Breslau).

---

11) **Löwenbach.** Die gummöse Erkrankung der weiblichen Urethra.

Wien, 1903.

Verf. gibt eine genaue klinische und zum Teil auch histologische Beschreibung von 28 Fällen eigener Beobachtung aus der Neumannschen Klinik über diese seltene Affektion. Die Zusammenfassung dieser Einzelbeobachtungen gibt uns eine ausgezeichnete Übersicht, ebenso wie die beigegebenen 6 chromolithographischen Tafeln mit 17 Abbildungen. Verf. bespricht ferner die Literatur ausführlich und erörtert besonders die Differentialdiagnose zum »Ulcus chronicum«, »Ulcus rodens urethrae«, »Elephantiasis« und zum sog. »Lupus«. Nach der Ansicht des Verf. handelt es sich bei fast allen diesen Affektionen um gummöse Prozesse an und in der Harnröhre. Diese Auffassung wird gestützt durch die klinischen Argumente, besonders aber durch die histologischen Befunde. **Klingmüller** (Breslau).

---

12) **P. Herescu** und **D. Eremia** (Bukarest). Bemerkungen über den Cathelin'schen graduierten Blasenteiler.

(Spitalul 1903. Nr. 14 u. 15.)

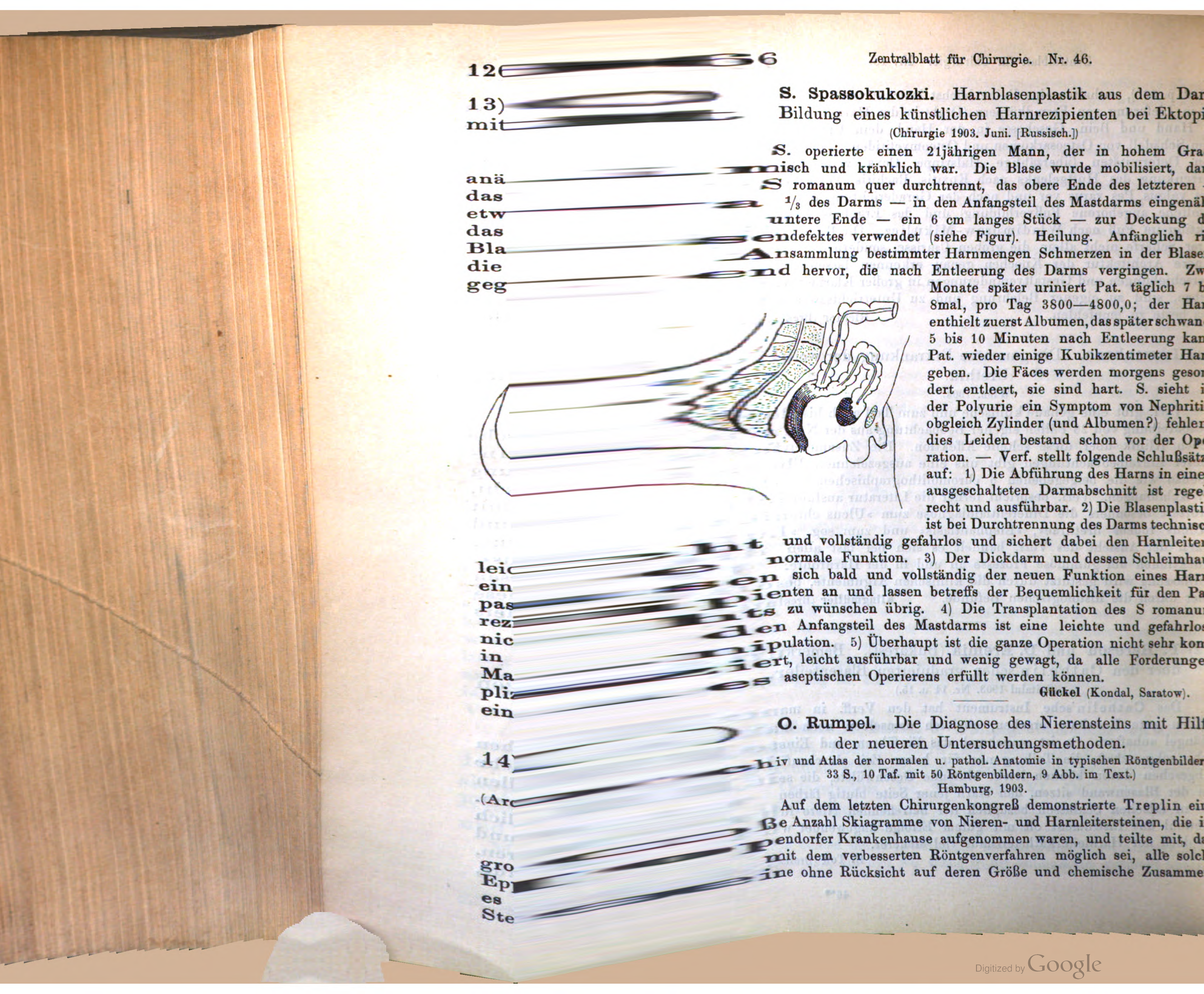
Das Cathelin'sche Instrument hat den Verff. in manchen Fällen gute Resultate ergeben, obgleich demselben noch manche Mängel anhaften. So ist manchmal das Einführen und Einstellen sehr schmerzhaft, die Teilung nur für kurze Zeit durchzuführen. Abgesehen davon können leicht blutende Geschwülste, die seitlich an der Blasenwand sitzen, den Harn jener Seite blutig färben und so zu falschen Schlüssen bezüglich der betreffenden Niere führen. Obwohl das Instrument oft mit gutem Erfolge angewendet wurde, ist doch der Harnleiterkatheterismus viel sicherer.

E. Toff (Braila).

S. Spassokukozki. Harnblasenplastik aus dem Dar[m] Bildung eines künstlichen Harnrezipienten bei Ektopi[e]

(Chirurgie 1903. Juni. [Russisch.])

S. operierte einen 21jährigen Mann, der in hohem Gra[de] [an]isch und kränklich war. Die Blase wurde mobilisiert, da[s] S romanum quer durchtrennt, das obere Ende des letzteren — [etw]a $^1/_3$ des Darms — in den Anfangsteil des Mastdarms eingenäh[t], das untere Ende — ein 6 cm langes Stück — zur Deckung d[es] [Blas]endefektes verwendet (siehe Figur). Heilung. Anfänglich ri[ef die] Ansammlung bestimmter Harnmengen Schmerzen in der Blase[ng]egend hervor, die nach Entleerung des Darms vergingen. Zw[ei] Monate später uriniert Pat. täglich 7 b[is] 8mal, pro Tag 3800—4800,0; der Har[n] enthielt zuerst Albumen, das später schwand. 5 bis 10 Minuten nach Entleerung kan[n] Pat. wieder einige Kubikzentimeter Har[n] geben. Die Fäces werden morgens geson[-] dert entleert, sie sind hart. S. sieht i[n] der Polyurie ein Symptom von Nephriti[s], obgleich Zylinder (und Albumen?) fehlen[;] dies Leiden bestand schon vor der Ope[-] ration. — Verf. stellt folgende Schlußsätz[e] auf: 1) Die Abführung des Harns in eine[n] ausgeschalteten Darmabschnitt ist rege[l-] recht und ausführbar. 2) Die Blasenplasti[k] ist bei Durchtrennung des Darms technisc[h]



[leic]ht und vollständig gefahrlos und sichert dabei den Harnleiter[n] normale Funktion. 3) Der Dickdarm und dessen Schleimhau[t] [pass]en sich bald und vollständig der neuen Funktion eines Harn[rezi]pienten an und lassen betreffs der Bequemlichkeit für den Pa[tien]ts zu wünschen übrig. 4) Die Transplantation des S romanu[m] [in] den Anfangsteil des Mastdarms ist eine leichte und gefahrlo[se Ma]nipulation. 5) Überhaupt ist die ganze Operation nicht sehr kom[pli]ziert, leicht ausführbar und wenig gewagt, da alle Forderunge[n] [d]es aseptischen Operierens erfüllt werden können.

Gückel (Kondal, Saratow).

O. Rumpel. Die Diagnose des Nierensteins mit Hil[fe] der neueren Untersuchungsmethoden.

([Arch]iv und Atlas der normalen u. pathol. Anatomie in typischen Röntgenbilder[n]. 33 S., 10 Taf. mit 50 Röntgenbildern, 9 Abb. im Text.) Hamburg, 1903.

Auf dem letzten Chirurgenkongreß demonstrierte Treplin ei[ne] [gro]ße Anzahl Skiagramme von Nieren- und Harnleitersteinen, die i[m] [Epp]endorfer Krankenhause aufgenommen waren, und teilte mit, d[aß] es mit dem verbesserten Röntgenverfahren möglich sei, alle solc[he] [Ste]ine ohne Rücksicht auf deren Größe und chemische Zusamme[n-]

setzung, wie auch die Stärke des zu untersuchenden Pat. auf der Röntgenplatte sichtbar zu machen. (S. d. Bl., Beil. zu Nr. 36 p. 139.) Vorliegende Monographie veröffentlicht die damals demonstrierten Abbildungen, geht aber außerdem genau auf die Diagnose der Nierensteine auch durch die anderen uns zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden, wie namentlich die Kystoskopie, Harnleitersondierung und Kryoskopie ein und beschreibt dazu genau die Technik der Durchleuchtung, wie sie zur Erlangung guter Skiagramme in Eppendorf sich bewährt hat. Zunächst wird immer — alles bei Rückenlage des Pat. — eine Orientierungsplatte angefertigt. Hat diese einen steinverdächtigen Schatten ergeben, so wird die diesem entsprechende Körperstelle nach Bedeckung der Umgebung mit Bleiblenden genauer eingestellt und durchleuchtet, und wird das — wenn nötig — mehrfach wiederholt, bis das konstante Vorkommen eines präzisen Schattens die Steindiagnose sicherstellt. (Das Genauere s. im Original.) Das Bild — im Original deutlicher, als auf den publizierten Tafeln — war in einem Falle so scharf konturiert, daß selbst eine stereoskopische Aufnahme nach Hildebrand's Methode mit vollem Erfolge gelang. Aber nicht nur Steine erzeugten Skiagramme, auch Hydronephrosen und Nierentuberkulose mit Käseherden und eine karzinöse Niere geben abnorme Schatten, so daß durch diese Untersuchungsweise, in richtiger Weise mit besten Apparaten angewandt, die Diagnose von Nierenerkrankungen, namentlich aber von Nieren- und Harnleitersteinen an Sicherheit ungemein zugenommen hat. **Richter** (Breslau).

---

15) **Fiori.** Patologia sperimentale del rene. I. Nefrectomia ed uretero-stenosi unilaterale.

(Policlinico 1903. Ser. chir. Nr. 5 u. 6.)

F. hat seine schon früher erhobenen Untersuchungen über den Einfluß der einseitigen Nierenausschaltung auf die gesunde Niere durch weitere Experimente bestätigt gefunden. Nach totaler Entfernung einer Niere findet man schon früh in der anderen gewisse Vorgänge, die auf eine Schädigung derselben deuten: funktionell Albuminurie, verminderte Sekretion, Hämaturie, Verminderung des Harnstoffs; histologisch Hyperämie, Blutungen, Zelldegeneration und Karyolysen. Dieselben nehmen allmählich ab und es folgt eine Hyperplasie des Organs wahrscheinlich mehr durch Vergrößerung der präexistierenden Elemente als Vermehrung desselben. Nach Unterbindung eines Harnleiters sind die funktionellen Erscheinungen heftig, nach der Nephrektomie weniger stark, neigen rascher zum Verschwinden.

F. glaubt, daß die anfängliche Hyperämie zu einer Überfüllung und dann zu einer Stockung in den Venen führt und dadurch zur Verminderung der Urinsekretion in Beziehung steht. Es ist auch möglich, daß in der zurückgebliebenen Niere sich abnorme Produkte

des ... Zellzerfalls bilden, daß die interne Sekretion der Niere, an die
auch ... F. glaubt, ungenügend und besonders bei der Harnleiter-
unte...rbindung durch die größere Menge zirkulierenden Giftes neu-
trali...iert wird, während bei Nephrektomie die Kompensation rascher
eint...itt.

E. Pagenstecher (Wiesbaden).

16) R. Oppenheim und M. Loeper. Syndrome surrénal chronique expérimental.

(Arch. génér. de méd. 1903. Nr. 21.)

Um eine langsame Destruktion der Nebennierenkapsel zu er-
ziele...n, injizierten Verff. in die Nebennieren von Meerschweinchen
die ...toxischen Stoffwechselprodukte des Tuberkelbazillus. Sie ver-
wan...dten dazu den von Auclair dargestellten ätherischen Auszug,
das ...Éthérobacilline, welches eine Substance caséifante enthält, und
den ...Chloroformauszug, welcher eine sklerosierende Eigenschaft hat.
Da...sie sich durch intraperitoneale Injektionen von der allgemeinen
Ung...iftigkeit dieser Substanzen überzeugt hatten, bezogen sie alle
Ersc...heinungen bei den 22 Versuchstieren auf die Destruktion der
Neb...nnierenkapsel. Die Veränderungen an den genannten Organen
best...nden in Verkäsung und Sklerosierung, die sorgfältig mikro-
skop...isch studiert und beschrieben werden. Klinisch ist bemerkens-
wert..., daß die ersten Tage nach der Injektion ganz symptomlos ver-
liefe...n, daß gegen den 8.—10. Tag eine beträchtliche Gewichtsabnahme
mit ...ausgesprochener Schwäche eintrat, daß sich später Durchfälle
und ...Temperaturerniedrigung (bis 33,5°) einstellten. Das Ganze spielte
sich ...in 3—4 Wochen ab. Zeichen von Pigmentation traten nie auf.
Von Interesse ist noch der Umstand, daß die Tiere mit zer-
stört...er Nebennierensubstanz gegen Gifte weniger resistent zu sein
sche...inen. Operierte Meerschweinchen gingen nach subkutaner In-
jekti...on einer verschwindend kleinen Menge Phosphoröl zugrunde,
wäh...rend normale auf dieselbe Dosis keinerlei Symptome zeigten.

W. Sachs (Mülhausen i/E.).

17) C. Kraemer. Über die Ausbreitung und Entstehungsweise der männlichen Urogenitaltuberkulose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 318.)

K. sucht die Resultate der Tierexperimente, die Baumgarten
zum Teil mit ihm zusammen über die Ausbreitung der männlichen
Uro...genitaltuberkulose ausgeführt hat, auf die menschliche Pathologie
anzu...wenden, zu verwerten und mit den klinischen Erfahrungen in
Einl...ang zu bringen. Das Ergebnis dieser Tierversuche ist von
Bau...mgarten auf dem Chirurgenkongreß von 1901 (cf. unser Blatt
Kon...greßverhandlungsbericht p. 117) mitgeteilt und lautet bekannt-
lich im wesentlichen dahin, daß die Ausbreitung der tuberkulösen
Infe...ktion dem Wege der Drüsensekrete folgt, also bei primärer
Nier...entuberkulose, dem Harnleiter nachgehend, zur Blase absteigt,



bei primärer Hodentuberkulose dem Vas deferens entlang zu Samenblasen und Prostata aufsteigt; der umgekehrte Weg »gegen den Strom« sei ausgeschlossen.

Im ersten Teile seiner Arbeit, die »Ausbreitung« der Tuberkulose betreffend, prüft K. die Stichhaltigkeit dieses »Gesetzes« für den Menschen. Er führt aus, daß die anatomischen Verhältnisse der Urogenitalorgane beim Menschen sehr gut soweit denen der Versuchstiere gleichen, daß die bei letzteren bewiesene Krankheitsausbreitungsweise auch für den Menschen als möglich und wahrscheinlich anzunehmen ist. Die klinisch-statistischen Erfahrungen über die menschliche Urogenitaltuberkulose widersprechen dem nicht, und die abweichenden Meinungen und Theorien anders denkender Forscher sind, wie näher ausgeführt wird, kritisch gut ablehnbar.

Im zweiten Teile seiner Ausführungen behandelt K. die Entstehungsweise (Ätiologie) der menschlichen Urogenitaltuberkulose, für die im wesentlichen nur der hämatogene Weg und die kongenitale Infektion in Frage kommen. Was ersteren betrifft, so hebt K. zunächst die Infektion der Niere durch Tuberkelbazillenausscheidung in diesem Organ hervor, deren Möglichkeit er als kaum zweifelhaft ansieht. Bei der Infektion der Hoden ist auffällig, daß der Regel nach der Nebenhoden primär ergriffen wird, eine Tatsache, deren Erklärung ihre Schwierigkeit hat, da bei anderen zweifellos hämatogenen Hodeninfektionen diese sich im Haupthoden ansiedeln (Variola, Typhus). Es scheint, daß die akuten Krankheiten bei Infektion sich im Haupthoden, die chronischen (außer der Tuberkulose auch die Lepra) sich im Nebenhoden einnisten. Der angeborenen Tuberkulose bei Niere und Hoden schreibt Kraemer ein sehr häufiges Vorkommen zu. Sie ist nicht nur bei noch unreifen Föten und Kindern des zartesten Alters nachgewiesen, sondern ist auch viel häufiger als bisher angenommen als bestehend bezw. latent vorauszusetzen in Fällen, wo die Krankheit erst in späteren Lebensperioden manifest wurde. Hier kommt die früher heimliche Krankheit erst durch eine Gelegenheitsursache zur Entwicklung. In dieser Weise ist u. a. das Verkäsen des Nebenhodens nach Ablauf einer gonorrhoischen Entzündung zu erklären; aber auch traumatische Einwirkungen können häufig die Krankheit zur Entwicklung bringen. Dagegen lehnt K. die tuberkulöse Infektion durch Geschlechtsverkehr ab. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

---

18) **Bogoljuboff.** Experimentelle Untersuchung über die Anastomosenbildung an den ableitenden Samenwegen bei der Nebenhodenresektion.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Nr. 3.)

Die Versuche, nach Resektion des Nebenhodens die Kontinuität der samenableitenden Wege wieder herzustellen und auf solche Weise die Funktion des Hodens für den Gesamtorganismus zu retten,



sind ... neueren Datums, und Verf. ist auf Veranlassung Rasumowsky'
der ... Frage experimentell näher getreten. Seine Versuche wurden i
zwei ... Typen angestellt. Typus I. Totale Resektion des Nebenhodens
Ein... nähen des Vas deferens in den Hoden. Das Einnähen gescha
dera... t, daß im Gebiet des Rete mit dem Messer eine Inzision ge
mac... t und das Vas deferens in die Schnittwunde eingenäht wurde
Typ... s II. Resektion der unteren Epididymishälfte und Einnähen
des ... Vas deferens in die Substanz der oberen Partie des Nebenhodens
Nac... einiger Zeit wurde an dem herausgenommenen Hoden mi
Vas ... deferens versucht, von letzterem aus eine gefärbte Leimmass
in d... ie Kanälchen des Nebenhodens resp. Hodens zu injizieren un
so d... en Erfolg zu prüfen. In 6 Fällen zeigte sich die Injektion voll
kom... men gelungen, in 4 anderen zwar weniger, aber auch hier wa
die ... Leimmasse in die Samenkanälchen gelangt. Die Durchgängig
keit ... der anastomotischen Stelle ließ sich so in 10 von 18 Versuchen
nach... weisen. Mangelhafte Operationstechnik und langwierige Eite
rung ... können die Anastomosenbildung in Frage stellen. Bei der
mikr... oskopischen Untersuchung an den so behandelten Hoden waren
kein... e auffälligen destruktiven Veränderungen zu finden. An der
Verw... achsungsstelle bildete sich die Anastomose durch Vermittlung
eine... s intermediären Hohlraums, in welchen einerseits das Vas defe-
rens, ... andererseits die Kanälchen des Nebenhodens resp. Hodens
einm... ündeten.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

Kleinere Mitteilungen.

(A... us der chirurg. Abteilung der Magdeburger Krankenanstalt Sudenburg.
Oberarzt Dr. Habs.)

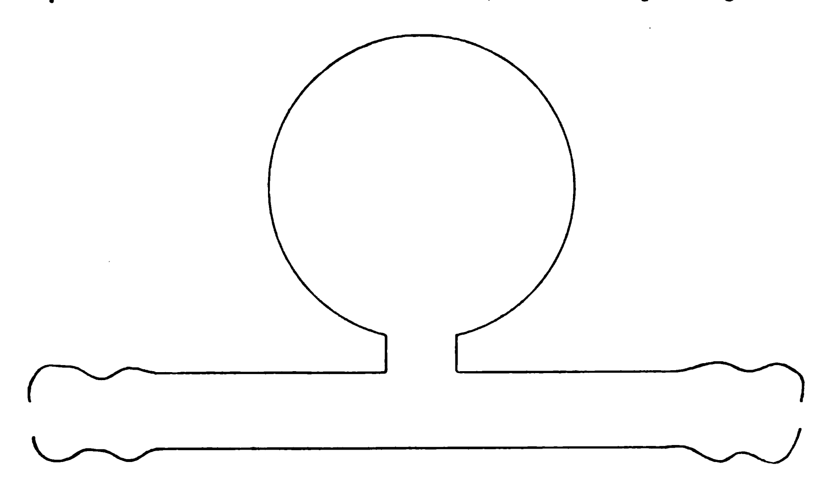
Ein Vorschlag zur Verhütung von Lufteintritt bei intravenösen Infusionen usw.

Von

Dr. Paul Herz, Assistenzarzt.

Z... ur Vermeidung von Lufteintritt bei intravenösen Infusionen, Uterus- und
... Blasenspülungen hat sich uns eine Röhre bewährt, welche nach Angabe von
Herrn Dr. Habs aus einem Glasrohre mit einseitig aufsitzender, durch eine weite
Öffnu... ng mit demselben kommunizierender Hohlkugel besteht (s. Fig.). Diese Röhre
wird ... zwischen Irrigator und Mutterrohr usw. eingeschaltet und zunächst vor Be-
ginn ... der Irrigation mit der Spülflüssigkeit gefüllt, indem man etwas von dieser
ablau... fen läßt, während man die eingeschaltete Röhre mit der Kugelseite nach
unten ... hält. Ist dies geschehen, so dreht man die Röhre wieder herum, so daß
die n... unmehr gefüllte Kugel senkrecht nach oben gerichtet ist. Jetzt kann man
die I... rrigationsflüssigkeit ohne Gefahr des Lufteintritts in den Uterus usw. ein-
laufe... n lassen. Alle Luftblasen nämlich, die noch im Gummischlauch usw. ent-
halte... n sind, oder sich dort, wie so leicht bei der Kochsalztransfusion mittels de
Sahl... i'schen Apparats, erst noch einfinden, sammeln sich beim Durchtritt durch
unser... e Röhre vermöge ihrer spezifischen Leichtigkeit im höchstgelegenen Teil
dersel... ben, das ist bei der oben vorgeschriebenen Haltung im obersten Segment
der H... ohlkugel, an, indem sie so viel Spülflüssigkeit aus ihr verdrängen, wie si

für sich Raum gebrauchen. Um sich davon zu überzeugen, daß wirklich keine Luft die beschriebene Röhre passiert, erprobe man den Infusionsapparat unter Wasser, d. h. man lasse die Infusionsflüssigkeit statt in eine Vene in eine Schüssel mit Wasser einlaufen. Jede Luftblase, die mit der Spülflüssigkeit in das



Wasser gelangen würde, würde sich ja hier durch ihr Aufsteigen und Platzen leicht bemerkbar machen; tatsächlich aber kommt keine Luftblase so weit, sondern sie bleibt in der Hohlkugel unserer Röhre zurück.

Die Röhre fertigt Glasbläser Hörold, Magdeburg, Breiteweg, zum Preise von 75 ₰ an.

(Aus der kgl. chir. Klinik Berlin. Exzellenz v. Bergmann.)

Eine einfache Beckenstütze.

Von

Privatdozent Dr. **M. Borchardt.**

Der großen Zahl in der Chirurgie gebrauchter Beckenstützen haften gewisse Fehler an: der Pat. liegt unbequem auf ihnen und sie hindern den Operateur durch vorstehende Kanten, Ecken oder Säulen am Verbinden.

Schon vor einer Reihe von Jahren habe ich eine Stütze konstruiert, die einen Teil der bekannten Mängel vermied, die ich aber nicht beschrieben habe, weil sie keineswegs allen Anforderungen gerecht wurde.

Stille hat durch sein bekanntes Bänkchen einen großen Fortschritt angebahnt, aber auch ihm haften gewisse Fehler an, die wohl jeder von uns empfunden hat. Die Stützfläche ist vorn zu breit, sie ist vor allem bei Verbänden in der Inguinalgegend hinderlich; im Wege sind auch die vier Säulen, auf welchen die Platte aufruht, und wenn das Bänkchen viel und unsanft gebraucht ist, dann passen nach einiger Zeit Stützfläche und Tragsäulen nicht mehr genau aufeinander.

Wir verlangen von einer brauchbaren Beckenstütze:

1) daß die Pat. bequem liegen;

2) daß der Operateur jeden Verband machen kann, ohne auch nur im geringsten mit dem Bänkchen in Kollision zu geraten;

3) daß es sich überall hinstellen läßt;

4) daß es bequem zu reinigen ist.

Die Beckenstütze, die ich seit mehr als zwei Jahren in der v. Bergmannschen Klinik erprobt habe, erfüllt diese Anforderungen in vollstem Maße.

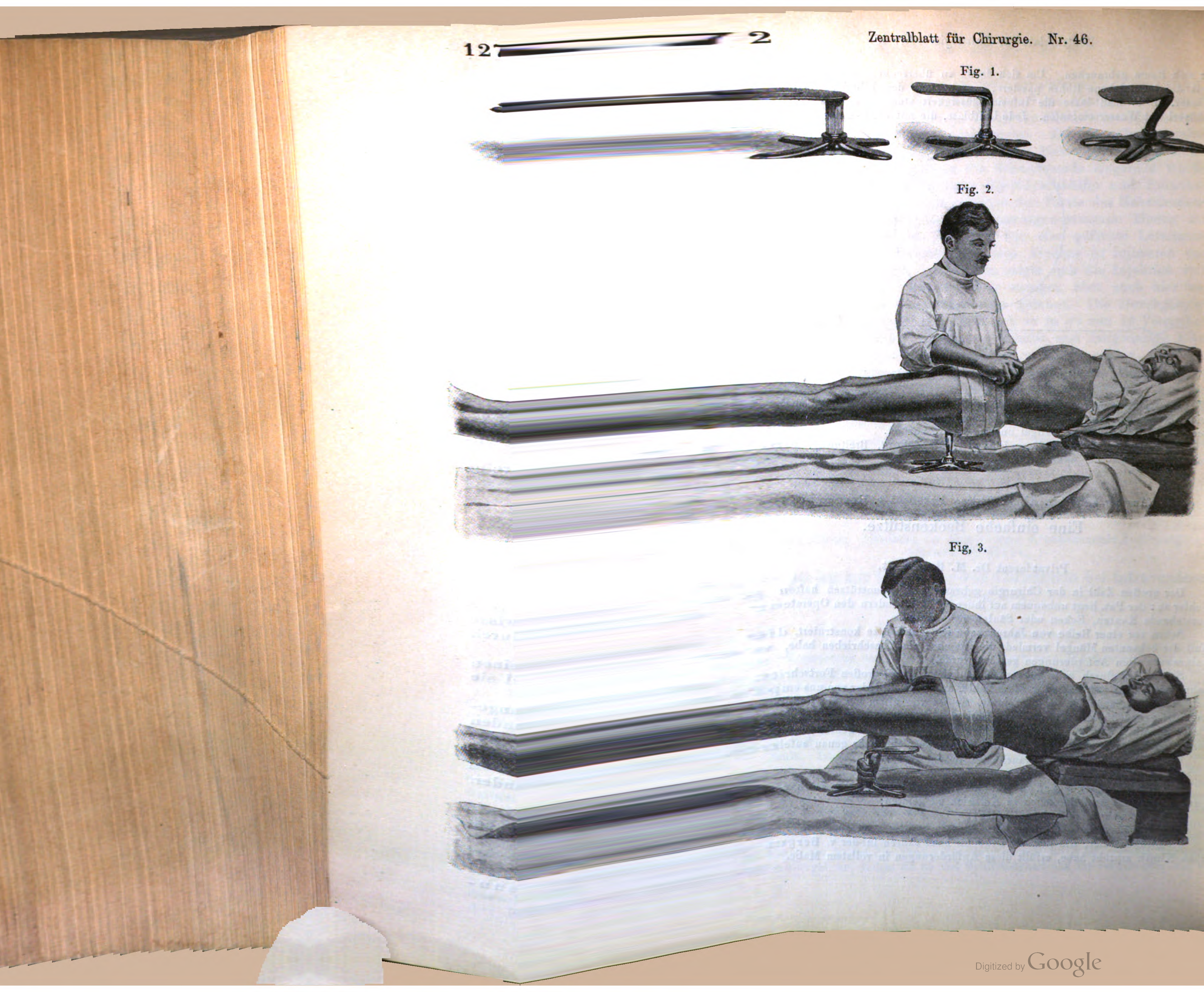


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Sie ist aus Stahlguß gearbeitet, stark vernickelt und hat nirgends Ecken und Kanten.

Die Stützfläche hat eine länglich ovale Form und ruht an ihrem vorderen Ende auf einer einzigen starken Säule, die ihrerseits auf einem Vierfuß befestigt ist.

Der Pat. wird so auf das Bänkchen gelagert, daß das freie Ende der Stützfläche kopfwärts sieht, während das in die Tragsäule übergehende Ende nach vorn gerichtet ist und etwa mit der Crena ani abschneidet.

Die Stützfläche wird mit eingewickelt, und wenn der Verband fertig ist, das ganze Bänkchen nach vorn herausgezogen.

Die beigegebenen Figuren erläutern ohne weiteres die Anwendungsweise.

Ich habe das Bänkchen in drei verschiedenen Größen herstellen lassen. Die größte Nummer wird nur bei besonders schweren, fettreichen Individuen Anwendung finden; für diese ist sie ausgezeichnet.

Die eigentliche Stützfläche kann auch in Herzform geliefert werden, mit einem Schlitz in der Mitte, wie sie ähnlich schon Lorenz gebraucht hat. Welche von beiden Formen man vorzieht, das ist reine Geschmacksache und ziemlich gleichgültig. Ich ziehe für meine Person die ovale Form ohne Schlitz vor, Kollegen von mir, welche die Güte hatten, am eigenen Leibe die Bänkchen zu probieren, bevorzugten manchmal die Schlitzform.

Will man verschiedene Platten auswechselbar für eine Stützsäule machen lassen, so kann man das tun; natürlich leidet dann die Stabilität und Sauberkeit etwas; aber diese Konstruktion wäre vielleicht der Platzersparnis halber für Kriegszwecke besonders brauchbar.

Die Beckenstütze wird von C. Dähne in Firma H. Windler, Berlin, Friedrichstraße 133a, hergestellt.

---

19) O. Hildebrand und Hägler. Jahresbericht über die chirurgische Abteilung und die chirurgische Poliklinik des Spitals in Basel 1901.

Basel, Kreis, 1902.

Auf der stationären Abteilung wurden 1396 Pat. verpflegt, Operationen 827 ausgeführt.

In der Poliklinik wurden 3171 Pat. behandelt, 1936 hiervon operiert — meist unter lokaler Anästhesie (Kokain in Chloräthyl).

Aus der interessanten Kasuistik ist hervorzuheben: Ein Fall von Gliom der linken Großhirnhemisphäre, nach Trauma entstanden. Erkrankung 6 Wochen nach dem Unfall, Tod 9 Monate später. — Eine 33jährige Frau wurde durch Unterbindung der Carotis von einem Exophthalmus pulsans geheilt. — Resektion des Ganglion supremum des linken Sympathicus wegen linksseitigen entzündlichen Glaukoms mit Blutextravasat. Kein Erfolg. — Vier Fälle von Carcinoma cardiae, durch die Gastrostomie sämtlich gebessert. — Fall von kindskopfgroßer Kotgeschwulst im hohen Mastdarm bei einem 50jährigen Pat. Laparotomie, Exstirpation nicht möglich. Tod an allgemeiner, fibröser Peritonitis. — Von den zur Behandlung gekommenen 16 Fällen von Magenkrebs konnte kein einziger radikal operiert werden; 10mal wurde die Gastroenterostomia antecolica ausgeführt, in einem Falle die Jejunostomie nach Witzel. Drei Pat. starben wenige Tage nach der Aufnahme unoperiert; ein Rezidivfall, vor 4 Monaten operiert, wurde ungeheilt entlassen, bald Tod. — Eine Magen-Gallenblasenkommunikation — Cholecystogastrostomie — wurde bei einem 41jährigen Pat. hergestellt, bei dem eine nach Cystostomie entstandene, erfolglos angefrischte Fistel bestand und ein nicht nachweisbares Hindernis im Choledochus angenommen werden mußte. Heilung. Im Magensaft nichts Abnormes zu finden. Bei einer mit der Diagnose Cholelithiasis bezw. Hydrops vesicae felleae zur Operation gekommenen Pat. zeigten sich die Gallenwege durch Askariden verlegt, von denen nach und nach ca. 50 Stück abgingen. — Ein Fall von Pankreasabszeß durch Inzision geheilt. — 36jähriger Pat., seit 4 Jahren Nierenbeschwerden, Eiweiß im Urin; bei der Operation erweist sich



das Nierenbecken erweitert, der Harnleiter 2 cm nach oben und dann mit starker Knickung nach unten normal verlaufend; durch narbige Verwachsung in dieser abnormen Lage fixiert. Lösung der Verwachsungen, Durchtrennung und Abbindung an der Umbiegungsstelle, Einpflanzung in die tiefste Stelle des Nierenbeckens. Heilung ohne Komplikationen. — Bei einem von frühester Jugend an Harnbeschwerden leidenden, 23jährigen Pat. wird mittels des äußeren Harnröhrenschnittes eine Schließnadel entfernt. Da Pat. an einer angeborenen Verengerung der äußeren Harnröhrenöffnung litt, versuchte die Mutter mit der Nadel eine Erweiterung, wobei diese in die Harnröhre glitt. — In zwei Fällen von habitueller Schulterverrenkung mit partiellem Abbruch des Pfannenrandes wurden durch Vertiefung der Pfanne gute Resultate erzielt. **Kronacher** (München).

20) Sanitätsbericht über die kgl. preußische Armee, das XII. (kgl. sächsische) und das XIII. (kgl. württembergische) Armeekorps für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1900 bis 30. September 1901. Bearbeitet von der Medizinalabteilung des kgl. preußischen Kriegsministeriums. Mit 25 Karten und 9 graphischen Darstellungen.

Berlin, **E. S. Mittler & Sohn,** 1903. 203 S. Text und 167 S. Tabellen.

Von dem interessanten und umfassenden Berichte haben für den Fachchirurgen besonderes Interesse der Abschnitt C: Berichterstattung über die einzelnen Gruppen der Lazarett- und Revierkranken und Abschnitt F: Operationsliste. Aus beiden geht deutlich hervor, welche Fülle wissenschaftlichen Materials in der Gesamtheit der Lazarette zu finden ist. Zur Berichterstattung kommen für uns nur die chirurgisches Interesse bietenden Krankheiten in Betracht, bei deren Besprechung wir uns an die Reihenfolge des Berichts halten.

Wundrose: 599 Zugänge = 1,1‰, davon gestorben 5; in einem der tödlich geendigten Fälle war Verschwärung der Hornhaut des Auges und Hirnabszeß eingetreten. Komplikationen mit Mumps, Lungen-, Gelenk- und Nierenentzündungen wurden beobachtet.

Karbunkel 24 Zugänge, davon 3 gestorben, Milzbrand einer mit tödlichem Ausgange, Pyämie 37 im Anschluß teils an Mittelohrkatarrhe, teils an Mandelentzündungen, teils an Influenza usw.

Unter 1075 = 2‰ Tuberkulosefällen wurde beobachtet akute Miliartuberkulose 26mal, Tuberkulose der Luftwege und der Lunge 890mal, Tuberkulose der Knochen 48mal, Tuberkulose anderer Organe 111mal. Einmal gesellte sich zur Aktinomykose der Lunge sekundäre Tuberkulose.

Tetanus 9 Fälle mit 2maligem tödlichem Ausgange. In allen Fällen wurde Antitoxin eingespritzt. 3mal trat Wundstarrkrampf im Anschluß an Schußverletzungen durch Platzpatronen, 1mal infolge einer Gelatineinjektion bei Lungenblutung, 1mal infolge einer Schußverletzung mit Karabinermunition ein.

Von 34 bösartigen Geschwülsten waren 22 Sarkome, 8 Karzinome — darunter 3mal im Mastdarm —, 2 Aktinomykose, 1 Neurofibrom, und einmal blieb die Natur der Geschwulst unerkannt.

Gehirnkrankheiten: 5 Gehirnabszesse, 3 Blutergüsse ins Gehirn nach Verletzungen, 215 Gehirn- und Rückenmarkserschütterungen mit 3 Todesfällen.

Krankheiten der Brusthöhle: Metapneumonische Eiterbrust 288, davon geheilt durch Rippenresektion 248, gestorben 40 = 13,9%. Idiopathische Eiterbrust 101, geheilt 93, gestorben 8 = 7,9%. Nichtmetapneumonische, sekundäre und metastatische Eiterbrust (Tuberkulose, Schuß- und Stichverletzungen, Influenza usw.) 20, alle operiert mit 11 Heilungen und 9 Todesfällen = 47,4%.

Bei Krampfadern der unteren Gliedmaßen wurde 7mal die Ausschneidung eines Stückes aus der V. saphena magna mit dem Erfolge ausgeführt, daß alle 7 Leute durch die Operation dem Dienst erhalten blieben.

Magenblutung und Magengeschwür 70 Zugänge, davon 4 mit tödlichem Ausgang; zum operativen Eingriff kam es nicht.

Unterleibsbrüche 877, davon 681 entlassen, 10 durch die Radikaloperation wieder dienstfähig geworden. Eingeklemmte Brüche 18, davon 13 blutig, 5 unblutig beseitigt, keiner gestorben. Bei innerem Darmverschluß — 11 Fälle — wurde 9mal operiert mit 2 Todesfällen; 2mal wurde die Wegsamkeit des Darmes durch hohe Einläufe wieder hergestellt.

Blinddarmentzündung: 918 Zugänge = 1,7‰, davon 685 wieder dienstfähig, 22 gestorben, 204 entlassen. 15mal Ausbruch allgemeiner Bauchfellentzündung, davon 8 operiert mit 6 Todesfällen. 43 Fälle mit abgekapseltem Abszeß, sämtlich operiert und geheilt, 11 sogar wieder dienstfähig. Im Intervall wurde nur 5mal operiert; von diesen 3 wieder dienstfähig.

2 Leberabszesse verliefen tödlich, 1 Milzabszeß durch Operation geheilt, eine Gallenblasenzerreißung infolge von Hufschlag mit Ausgang in Heilung.

Hodenerkrankungen: 24 Kastrationen, 18mal wegen Tuberkulose, 6mal wegen Vereiterung nach Tripper, Typhus und Quetschung.

Der Zugang an venerischen Kranken ist im Laufe der Zeit erfreulicherweise von Jahr zu Jahr geringer geworden. Während er im Jahre 1894/95 noch 29,9‰ betrug, hat er sich im Jahre 1900/01 auf 17,8‰ herabgemindert. Die größte Anzahl venerischer Kranker lieferte das sächsische, die geringste das württembergische Armeekorps. Gegenüber der Zugangszahl von 17,8‰ in der deutschen Armee betrug der Zugang in diesem Jahre in der österreichischen 59,8, französischen 37,2, italienischen 89,7 und in der englischen 93,3‰. Die in Afrika erworbene Syphilis zeigte im allgemeinen einen schwereren Verlauf wie die einheimische Syphilis. — Die Zahl der Panaritien des Berichtsjahres beträgt 6377, die der Phlegmonen 37068 mit 11 Todesfällen, die der Furunkel 30305.

Sehr groß war wieder der Zugang an der sogenannten Fußgeschwulst mit 14086 = 26‰, da scheinbar immer noch ein Teil der Fußknochenbrüche unter der Bezeichnung Fußgeschwulst geführt wird.

Unter der Gruppe Exerzier- und Reitknochen, im ganzen 32, sind auch jene Fälle enthalten, in denen Muskelverknöcherungen nach Verletzungen eintraten. Die Behandlung war bezüglich dieser letzteren zunächst abwartend, später operativ.

Von 154 Schleimbeutelentzündungen betrafen 131 das Knie; Trommlerlähmung kam 5mal zur Beobachtung, 2mal handelte es sich um Zerreißung der Sehne des langen Daumenstreckers, 2mal um chronische Sehnenscheidenentzündung, 1mal um Vereiterung der Sehne.

Unter den Quetschungen waren schwerer Art besonders 21 Fälle von Quetschungen der Baucheingeweide, welche meistens durch Hufschlag oder Sturz hervorgerufen waren. 6mal wurde operativ vorgegangen mit nur 2 Heilungen, 11mal trat Heilung unter abwartender Behandlung ein.

Knochenbrüche gingen im ganzen zu 3332; dieselben verteilten sich auf den Fuß mit 1334 Fällen, dann folgten der Größe der Zahl nach Unterschenkel, Unterarm, Hand, Schlüsselbein, Kopf. Verrenkungen kamen an den oberen Gliedmaßen 1522mal, an den unteren Gliedmaßen 314mal vor.

Ein interessantes Kapitel des Berichts bieten wieder die Schußverletzungen:

durch Granaten und Schrapnells		9
durch scharfe Patronen	Gewehr und Karabiner	73
	Revolver, Pistolen	71
	Zielmunition	50
durch Platzpatronen	aus dem Gewehr	129
	freie Explosion	18
durch Schrotschüsse		14
durch Wasserschüsse		1

Unter den Verletzungen durch scharfe Patronen waren 51 Selbstmorde bezw. Selbstmordversuche, unter den Schädelschüssen allein 33 Selbstmorde resp. Selbstmordversuche. Unter den Verletzungen mit Platzpatronen waren 129 Unglücksfälle, 13 Selbstmorde, 3 Selbstmordversuche, 1 Selbstverstümmelung.

Aus der sehr reichhaltigen Operationsliste sei nur einiges erwähnt:

Operationen am Kopfe: 17 Eröffnungen des Schädels, 41 Ohrenoperationen, 39 Augenoperationen, 8 Luftröhrenschnitte, 26 Eröffnungen der Bauchhöhle, 56 Operationen bei Blinddarmentzündung, 18 Gelenkaussägungen, 18 Exartikulationen, 28 Amputationen, 43 Geschwulstausschälungen.

Näher auf die in der Operationsliste genau geschilderten, teilweise recht interessanten größeren Operationen einzugehen, verbietet der zur Verfügung stehende Raum. **Herhold** (Altona).

21) **Schuster.** Ein Fall von Pneumokokkenpyämie.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1903. Hft. 8.)

Ein Hauptmann erkrankte an rechtsseitiger Lungenentzündung, 5 Tage nach Einsetzen der Krankheit trat eine Anschwellung des rechten Ellbogengelenks ein, welche zur Eröffnung desselben und Entleerung des Eiters führte. Im Eiter Pneumokokken in Reinkultur. Unter Schüttelfrösten und Herzerscheinungen trat der Tod ein. Bei der Obduktion wurde außer den Lungenveränderungen eine entzündliche Auflagerung auf den Klappen der Lungenschlagader angetroffen. Diese Auflagerungen sowie das Herzblut enthielten ebenfalls Pneumokokken. Wiewohl bei Lebzeiten des Kranken eine Blutuntersuchung auf Pneumokokken aus äußeren Gründen unterblieb, glaubt Verf. — und wohl mit Recht —, daß es sich um eine durch Pneumokokken hervorgerufene Pyämie handelte.

Herhold (Altona).

22) **H. Ito** und **S. Sinnaka.** Zur Kenntnis der Myositis infectiosa in Japan.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 302.)

Nachdem zuerst Scriba über relativ oft in Japan beobachtbare, ihrem Wesen nach der Osteomyelitis analoge, infektiöse Myositis berichtet hatte, sind dergleichen Fälle von japanischen Autoren zahlreich beschrieben. Die Verff. berichten in ihrer Arbeit über zehn in den letzten 2 Jahren in der Klinik zu Kyoto sichergestellte einschlägige Erkrankungen. Die betreffenden Abszesse saßen stets in der Substanz der jeweilig befallenen Muskeln, ihre Wand bestand in eitrig zerfallendem Muskelgewebe, die eitererregenden Mikroben waren stets Staphylokokken, und regelmäßig war auch ein primärer Infektionsherd in Gestalt einer eiternden Fistel, eines Furunkels usw. oder auch einer Angina nachweisbar, so daß die Affektion in der Tat ähnlich der Osteomyelitis als eine pyämisch-hämatogene Staphylomykosis zu betrachten ist, eine Anschauung, die auch in Deutschland geteilt wird (Honsell). Weshalb das Leiden speziell in Japan relativ so häufig auftritt, ist dunkel. Vielleicht spielt die Nahrung (geringer Fleischkonsum) eine Rolle dabei. Zum Schluß Literaturverzeichnis (54 Arbeiten).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

23) **A. Elsässer.** Beiträge zur Kenntnis des Tetanus traumaticus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 236.)

E. berichtet aus der Kocher'schen Klinik über 24 in der Zeit von 1877 bis 1902 beobachtete Fälle von traumatischem Tetanus. Nach Mitteilung der Krankengeschichten, die, gut geführt, viel Instruktives bieten, wird das gesammelte Material allseitig klinisch durchsprochen. Dasselbe betrifft 19 Pat. männlichen und 5 weiblichen Geschlechts, wobei die verschiedenen Lebensalter fast ganz gleich beteiligt sind. Die Kranken waren durchgehends Landbewohner, ein Umstand, der auf die Verunreinigung ihrer Wunden mit Gartenerde, Viehkot, Holzsplittern usw. von Einfluß war. In fast der Hälfte der Fälle saß die Verletzung am Kopfe, demnächst war am häufigsten die Hand verletzt. Was die Inkubation betrifft, so fiel der Eintritt der Erscheinungen in etwas mehr als der Hälfte der Fälle in die zweite, in etwas weniger als einem Drittel in die erste Woche; die Fälle mit längerer Inkubationsdauer schienen bedeutend bessere Prognose zu haben. Symptomatisch war in allen Fällen Kiefersperre vorhanden, in abnehmender Fre-

quenz schließen sich Nackenstarre, Rückenstarre, Bauchdeckenstarre, Beinstarre, Fieber, Risus sardonicus, Armstarre, Schluckbeschwerden, Fußklonus, Facialislähmung an, letztere in 16,6% der Fälle beobachtet. 7 Fälle verliefen fieberfrei, 17 mit Fieber; von den Kranken, welche hohes Fieber hatten, sind 5/6 gestorben. Im ganzen sind 10 Kranke genesen, 14 = 58,3% gestorben.

Großes Interesse beansprucht die Therapie. Zunächst ist bei primär stark verunreinigter Wunde eine gründliche Desinfektion, und zwar mit Jodtinktur, Karbolsäure, eventuell Thermokauter von Wichtigkeit und unter Umständen ausschlaggebend für den Krankheitsverlauf. Auch während dieses sind antiseptische Maßnahmen angezeigt. Nach Ausbruch der Krankheit ist das erste Postulat Isolierung in ruhigem Zimmer, Fernhaltung aller äußeren Reize. 2 Pat. genasen hierbei ohne weitere Behandlung. Im übrigen wurde in dem Berichtsmaterial sowohl vom Heilserum, als von den Narkoticis, der systematischen Karbolinjektion nach Baccelli, sowie der Körperdurchspülung mittels Kochsalzinfusion Gebrauch gemacht. Die Seruminjektion, teils subkutan, teils intrazerebral, teils mit lumbaler Einspritzung (in den Duralsack) und im ganzen in 13 Fällen angewendet, schien bei mittelschweren und leichten Fällen gute Wirkung zu haben; 6 Pat. genasen bei der Behandlung, doch kam bei ihnen auch anderweitige Therapie zum Gebrauch, so daß das Resultat kein reines ist. Obwohl das Tetanusserum voraussichtlich nie so sichere Erfolge gewährleisten können wird, wie das Diphtherieserum, spricht E. sich doch dafür aus, es in jedem Falle ohne Zeitverlust zu ordinieren. Für den Gebrauch der Narkotika, die ebenfalls fast ausnahmslos nötig werden, ist am besten die umschichtige Gabe von Chloral (à 2,0) und Morphium (à 0,02). In Notfällen ist — und zwar nach Bedarf stundenlang — zu chloroformieren. Die Baccelli'sche Methode mit Karbolinjektion (2stündlich à 1,0 einer 3%igen Lösung) ist 5mal versucht und schien sich gut zu bewähren — 3 Fälle sind genesen. Viel Gewicht wird ferner auf starke Wasserzufuhr gelegt, sowohl in Form reichlichen Getränkes (Tee), als mittels subkutaner oder intravenöser Salzwassereinverleibung. Es gilt teils den Wasserverlust infolge der meist vorhandenen starken Schweiße zu kompensieren, teils das Tetanusgift aus dem Körper zu waschen. 10 Fälle wurden mit Salzwassereinverleibung behandelt, wobei ein Liter pro Tag gegeben wurde. (Ein Pat. bekam eine ziemlich große Hautgangrän am Oberschenkel nach subkutaner Injektion.) Jeweilig vorhandenen symptomatischen Indikationen entsprach die 5mal ausgeführte Tracheotomie (4 Kranke †), sowie die Ernährung durch den Mastdarm bezw. mittels subkutaner Ölinjektion nach Leube. Die so erzielte verhältnismäßig geringe Sterblichkeit spricht zugunsten des Verfahrens. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

24) **S. S. Wirsaladze.** Die Behandlung des Tetanus mit Injektionen von Hirnemulsion gesunder Tiere.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 31.)

Auf Grund von sieben so behandelten Fällen aus dem Petersburger Obuchow-Hospital spricht sich W. ziemlich ablehnend aus. Von den Pat. starben drei; einer von den Genesenen hatte einen sehr leichten Tetanus; überhaupt sah K. in keinem Falle auch nur deutliche Erleichterung der Krämpfe nach den Injektionen. **Gückel** (Kondal, Saratow).

25) **C. E. Skinner.** Dry superheated air in the treatment of septic infection.

(Med. news 1903. Juli.)

S. hat zahlreiche Fälle von akuten Entzündungsprozessen der Heißluftbehandlung unterzogen, die er bei Beschränkung der Erkrankung auf die Gliedmaßen (z. B. Phlegmone, Lymphangitis) in der Form des lokalen Heißluftbades anwendet, bei Allgemeininfektionen (Sepsis usw.) auf den ganzen Körper ausdehnt. Anzahl und Dauer der Heißluftbäder richtet sich nach der Art des Falles, die Temperatur soll 300—400° F betragen. Von den Erfolgen ist S. sehr befriedigt. Der

günstige Einfluß äußerte sich zunächst in einer Verminderung der Schmerzen und allgemeiner nervöser Beruhigung des Kranken. Der Verlauf der Infektion wurde vielfach günstig beeinflußt, wenn auch natürlich die Hilfe des Messers nicht immer entbehrlich gemacht wurde. Schädliche Folgen will S. von seiner Behandlung nie gesehen haben. Die Wirkung stellt er sich so vor, daß durch die mächtige Anregung des Stoffwechsels die Zellen befähigter zum Kampf gegen die eingedrungenen Bakterien gemacht werden und die Ausscheidung von Toxinen erleichtert wird.

Drei Krankengeschichten sollen die Wirksamkeit des Verfahrens illustrieren.

Kleinschmidt (Kassel).

26) **A. P. Krymow.** Zur lokalen Kokainanästhesie.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 33.)

K. verglich während 180 Operationen am Menschen und im Experiment an Fröschen die anästhesierende Eigenschaft von 1%igen Kokainlösungen in destilliertem Wasser: 1) ungekocht, 2) 15 Minuten gekocht, 3) bei 60° während drei Stunden pasteurisiert, 4) bei 80° zwei Stunden und 5) bei 120° 1/4 Stunde pasteurisiert. Von den vier letzten Nummern wirkte am besten das Kokain Nr. 3; bei Nr. 2 ist die anästhesierende Wirkung vermindert, die Anästhesie tritt später ein und hält sich kürzere Zeit.

Nach K. müßten die radikalen Herniotomien möglichst unter Lokalanästhesie gemacht werden. **Gückel** (Kondal, Saratow).

27) **E. Therman.** Zur Frage der Behandlung der Harnröhrenstrikturen mit Resektion.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLIV. p. 226. [Schwedisch.])

Verf. liefert zuerst eine Übersicht über die bisher bei den Harnröhrenstrikturen geübten Behandlungsmethoden und berücksichtigt besonders die Resektion, deren Technik und Vorteile hervorgehoben werden. Dann werden die Krankengeschichten vier von Prof. v. Bonsdorff operierter Fälle ausführlich wiedergegeben, deren Hauptmomente folgende sind:

1) 39jähriger Arbeiter, Trauma vor 7 Jahren, anhaltende Eiterung. Striktur in der Falte zwischen Pars pendula und Skrotum, Nr. 13 Charrièr durchlassend, hinter derselben hühnereigroßes Divertikel. Resektion der Striktur durch einen Urethrotomia externa-Schnitt. Urethroplastik. Dauernde Heilung.

2) 16jähriger Student; Fall rittlings über eine scharfe Kante; 2½ Monate später 1,2 cm lange Striktur in der Gegend der Pars bulbosa. Resektion, Naht. Heilung dauernd, so daß selbst Nr. 21 Charrière leicht passiert.

3) 17jähriger Student, tuberkulöse Belastung. Enuresis von Kindheit an. Tuberkulöse Degeneration der rechten Samenblase. Cystitis, Harnverhaltung infolge mißlungener Katheterisierungaversuche, Sectio alta, vorübergehende Besserung. Perinealer Abszeß, Striktur, Cystitis mit Harnverhaltung, Perinealfistel, tuberkulöse Epididymitis. Nr. 8 Charrière kann mit Schwierigkeiten durchgeführt werden; ausgedehnte Indurationen in der Harnröhre. Urethrotomia externa (medianer Dammschnitt). Resektion der Striktur, Naht. Heilung. Nr. 20 Charrière passiert.

Der vierte Fall betrifft einen Pat. mit Schußwunden im Hodensack und in der Plica genito-cruralis dextra, wobei ein 3 cm langer Defekt in der Harnröhre entstand, und bei welchem Urethroraphie gemacht wurde. Der unmittelbare Effekt der Operation war Durchlässigkeit für Nr. 21 durch die primär geheilte Harnröhrenwunde, welche 6 Wochen nach dem Unfall operiert wurde.

Hansson (Cimbrishamn).

28) **A. Söhngen.** Über Prostatitis acuta mit Abszeßbildung nach Furunkulose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 508.)

Bericht eines von Jordan-Heidelberg operierten Falles. 42jähriger Mann, frei von Lues und Gonorrhöe, aber seit Jahren oft an Furunkeln leidend. An

zwei Furunkel des Nackens und Hodensacks schlossen sich die typischen Krankheitserscheinungen der akuten Prostatitis, hohes Fieber, erschwerte Harnentleerung, heftigste Schmerzen mit Ausstrahlung nach dem Gliede, Damm, linken Bein, schmerzhafter Stuhlgang, Unmöglichkeit zu sitzen usw. Vom Mastdarm her in der Prostatagegend eine eigroße, anscheinend fluktuierende Geschwulst fühlbar. Operation mittels Querschnitt vor dem After, Eindringen zwischen Harnröhre und Mastdarm. In der Tiefe von 2,5 cm wölbt sich der Abszeß vor, wird quer eröffnet und entleert dicken, geruchlosen Eiter aus einer gänseeigroßen Höhle. Heilung unter Jodoformgazetamponade in 3 Wochen. Im Eiter Nachweis von Staphylokokkus aureus.

S. bringt zwei analoge Fälle von Tuffier und Berg bei. Nach heutigen Anschauungen ist das Vorkommen wirklich idiopathischer Phlegmone immer zweifelhafter geworden; bei sorgfältiger Nachforschung findet sich gewöhnlich eine primäre Kokkeninvasionsstelle in Gestalt eines kleinen Furunkels, einer eiternden Quetschwunde usw. Dies gilt auch für die Prostatitis, die sehr wohl erst dann in Erscheinung treten kann, wenn der primäre Eiterherd schon abgeheilt ist. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

29) **A. B. Johnson.** Some cases of prostatectomy observed after an interval.

(Med. news 1903. August.)

J. hat drei von ihm nach perinealer Methode operierte Fälle von Prostatahypertrophie längere Zeit hindurch — $1^1/_2$, 2, $3^1/_4$ Jahre — beobachtet. Die Resultate sind sehr günstige: Verschwinden aller subjektiven Beschwerden, Urin von normaler Beschaffenheit, wird 3—4stündlich spontan entleert, Residualharn bei einem Kranken 50, bei den anderen nur wenige Gramm. Alle Pat. bemerkten übrigens eine Abnahme ihrer geschlechtlichen Funktionen. **Kleinschmidt** (Kassel).

30) **Keydel** (Dresden). Die intravesikale Trennung des Urins beider Nieren.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 35.)

K. berichtet über die Resultate, welche von Hartmann, Luys, Rafin und Nicolich, sowie in vier Fällen von ihm selbst mit den die intravesikale Trennung des Urins beider Nieren bezweckenden Instrumenten erzielt worden sind, indem er die Krankengeschichten der 25 Fälle mit den in ihnen gewonnenen diagnostischen Ergebnissen wiedergibt. In der Mehrzahl waren die letzteren durchaus befriedigende, wenn auch auffallend ist, wie verschieden ein und dasselbe Instrument unter Umständen funktioniert hatte — je nach Beherrschung der im gegebenen Falle vorliegenden Verhältnisse seitens des Untersuchers. K. hält es für möglich, daß die Methode bei Beachtung aller Vorsichtsmaßregeln und richtiger Anwendung in Zukunft in einer zunehmenden Zahl von Fällen den Harnleiterkatheterismus entbehrlich machen werde. **Kramer** (Glogau).

31) **G. Mellin.** Beiträge zur Kenntnis der Bakteriurie bei Kindern.

(Finska Läkaresällskapets Handlingar Bd. XLIV. p. 160. [Schwedisch.])

Der vielfach umstrittene Krankheitsbegriff Bakteriurie ist von Krogius, der sich mit diesem Gegenstand ausführlich beschäftigt hat, bekanntlich folgendermaßen definiert: Bakteriurie ist eine Krankheit, charakterisiert einesteils durch das Vorkommen von Bakterien in äußerst reichlichen Mengen in dem frisch gelassenen Urin, anderenteils durch die Abwesenheit von ausgeprägten Symptomen eines entzündlichen Prozesses in der Schleimhaut der Harnwege. Ausdrücklich wird betont, daß die Beimengung der Bakterien zum Harn in den Fällen, wo dies nur ein sekundäres Symptom einer infektiösen Nephritis oder einer allgemeinen Infektionskrankheit ist, der Bakteriurie nicht zuzurechnen ist.

Von einer solchen Auffassung ausgehend hat nun Verf. in der vorliegenden Arbeit zuerst eine übersichtliche Darstellung unseres jetzigen Wissens in der



Bakteriurie geliefert, mit kritischer Benutzung der immer zahlreicher werdenden kasuistischen Mitteilungen. Unter diesen hat er elf Fälle getroffen, die sich auf Kinder beziehen im Alter von 15 Monaten bis 13 Jahren. Auffallend ist, daß Verf., der bei der literarischen Nachforschung nur diese elf Fälle auffinden konnte, nicht weniger als zehnmal in einem Jahre in der Kinderpoliklinik des Professor Pippings Bakteriurie konstatieren konnte. Die mitgeteilten Krankengeschichten zeigen, daß der Harn immer diffus getrübt war; das Aussehen zeigt die auffällige Ähnlichkeit mit einer Bouillonkultur. — In acht Fällen konnte Bakterium coli commune und in zwei Fällen Staphylokokkus albus in Reinkultur im Harn nachgewiesen werden. Tierversuche, die mit Bouillonkulturen angestellt wurden, gaben verschiedene Resultate, die keine allgemeinen Schlüsse zu ziehen gestatteten.

Bezüglich der Behandlung wurde diese mit 3%iger Borsäurelösung vorgenommen; wo sich diese nicht wirksam erwies, ging man zu $^1/_4$—$^1/_2$%iger Lysollösungen über, welche in allen Fällen eine günstige Wirkung hatte. In den schwersten Fällen wurde außerdem Vichywasser und Salol 0,25 g 3—4mal täglich per os verabreicht. **Hausson** (Cimbrishamn).

32) G. A. Kolossow. Ein Fall von Kombination einer Vesica bilocularis mit Verdoppelung eines Harnleiters.

(Russisches Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

Der 40jährige Pat. erkrankte vor 7 Jahren mit Schmerzen und Harnverhaltung. Vor 2 Jahren war der Harn zeitweise blutig und wurde dann eitrig.

Beim Eintritt ins Spital hatte Pat. hohes Fieber, eitrigen Harn. Die Prostata war druckempfindlich. Diagnose: Pyelocystitis descendens.

Es gelang, dem Pat. seine Schmerzen zu lindern, den Harn zu klären usw. Nach 13 Tagen starb er unter zunehmender Schwäche.

Die Sektion ergab eine linksseitige Hydronephrose. Die rechte Niere war in eine Cyste umgewandelt (13$^1/_2$ cm lang, 7 cm breit, 10 cm hoch). Sie hatte zwei Becken, aus deren jedem ein stark erweiterter Harnleiter in die Blase führte. Der obere war an seiner Austrittsstelle aus dem Becken obliteriert.

Die Blase war durch eine Scheidewand in zwei Abteilungen getrennt, eine vordere obere und eine hintere untere. Die Wand begann 6 cm rechts und 5 cm links von der Mündung der Harnröhre und wurde, während sie sich nach vorn und unten senkte, immer dünner. Oberhalb der Harnröhrenmündung fand sich eine Öffnung, die eine 5 mm starke Sonde durchließ. Der linke Harnleiter mündete in der Blasenwand oberhalb, der rechte obere in der Blasenwand unter der Scheidewand, der rechte untere in der Scheidewand selbst, und zwar an ihrer oberen Seite. **V. E. Mertens** (Breslau).

33) Hansemann. Über Malakoplakie der Harnblase.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXIII. p. 302.)

Verf. hat bei einem 66jährigen Manne, der an Lungenschwindsucht, und bei einer 70jährigen Frau, die an Gallenblasenkarzinom gestorben war, in der Blase und auch zum Teil in erweiterten Harnleitern breitbasig aufsitzende, teils ovale, teils rundliche, flach pilzförmig vorragende gelbliche Gebilde gefunden, welche auf ihrer Höhe leicht usuriert und dadurch dellenförmig eingesunken waren. Klinische Erscheinungen von seiten der Blase oder Nieren hatten dabei nicht bestanden. Die einzelnen Plaques konfluierten vielfach miteinander, so daß größere Flächen davon bedeckt waren. Mikroskopisch fanden sich eisenhaltige Einschlüsse, deren Natur nicht ergründet werden konnte. H. hält die Veränderungen für eine primäre Schleimhauterkrankung der Harnwege. Ausgeschlossen war, daß es sich um metastatische tuberkulöse oder karzinomatöse Veränderungen handelte. Die bis jetzt noch unbekannte Affektion wurde vom Verf. Malakoplakia vesicae urinariae benannt. **Fertig** (Göttingen).

34) **G. A. Gontscharow** (Woronesch). **142 Blasensteinoperationen.**
(Russ. Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

Ein Bericht mit tabellarischer Zusammenstellung über in 5 Jahren ausgeführte Blasensteinoperationen. Von den 142 Kranken waren 84,5% Kinder (bis zu 15 Jahren). Die Dauer der Krankheit betrug bei 55,6% weniger als 2 Jahre. Der Harn war zur Zeit der Operation in 31,6% der untersuchten (120) Fälle gut (klar, sauer), in 20% schlecht (alkalisch, schwere Cystitis). Von 130 untersuchten Steinen — in 3 Fällen wurde überhaupt kein Stein gefunden — waren 90 Uratsteine, und zwar hauptsächlich bei saurem oder neutralem Harn. Nur 4 Phosphatsteine, von denen einer sich um zwei Haarnadeln gebildet hatte, wurden gefunden. Der Rest waren Oxalatsteine.

Zur Anwendung kam die Sectio mediana in 48, die Sectio alta in 94 Fällen. Die Sectio mediana wurde nur gemacht, wenn die Steine sehr klein waren.

Zweimal kam es zu Ruptur des Blasenhalses, einmal bei der Extraktion des Steines, dann bei der Dilatation mittels des Guyon'schen Dilatators. Bei einem Kranken, der schon vor der Operation inkontinent gewesen war, fand G. bei Einführung des Fingers in den Blasenhals ein Fehlen des normalen elastischen Widerstands. Der Verlauf war in 31 (= 64%) Fällen fieberfrei. Über die Art der Nachbehandlung wird nichts mitgeteilt. Ein Pat. starb, und zwar 10 Tage post op., an Verfall der Kräfte. Er war 63 Jahre alt und hatte schon lange an schwerer Cystitis gelitten. 36 (= 75%) Pat. wurden geheilt entlassen. Von den übrigen sei nur erwähnt, daß 1 durch die Operation völlig inkontinent wurde, während 3 mit mangelhafter Kontinenz nach Hause gingen.

Sectio alta.

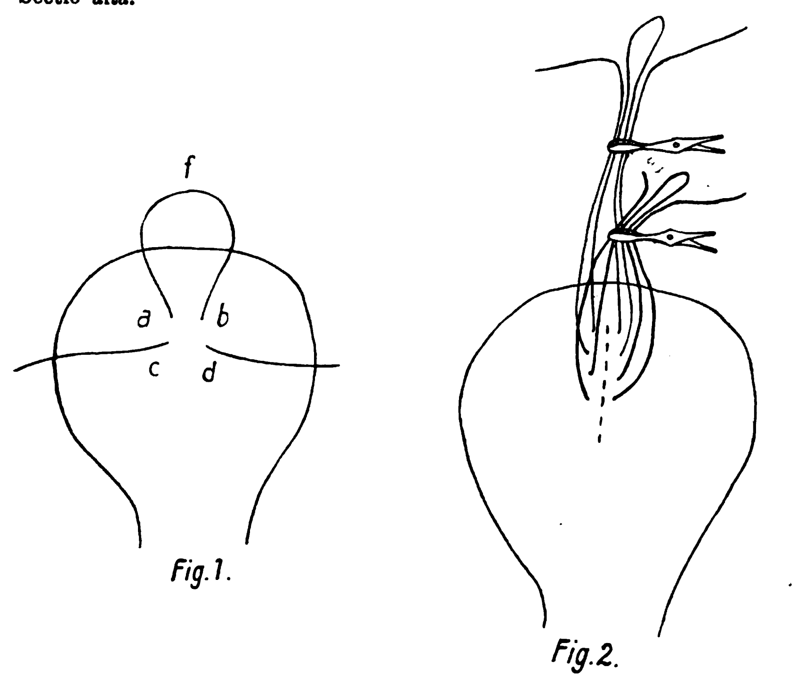


Fig. 1. Fig. 2.

Nach gründlicher Ausspülung wurde die Blase mit Borsäure gefüllt, in den Mastdarm mit nur wenigen Ausnahmen ein Kolpeurynter eingeführt. So wurden 11 Pat. in Trendelenburg'scher Hochlagerung operiert, die G. aber bald wieder aufgegeben hat. In einem dieser Fälle riß übrigens die Blase beim Füllen, und zwar rechts vorn an der Umschlagsfalte des Peritoneums. Es kam unter Drainage

der Blase zur Heilung per secundam. Der 5—7 cm lange Schnitt wurde in der Mittellinie dicht über der Symphyse angelegt und schichtweise bis auf die Blase geführt, wobei die Umschlagsfalte möglichst aufgesucht wurde. Die Eröffnung des Bauchfells, die — teils absichtlich — 8mal vorkam, sieht G. als gleichgültig an. Sodann wurden die Nähte für die Naht nach Bornhaupt (Kiew) angelegt.

Das Wesen des Bornhaupt'schen Verfahrens besteht darin, daß vor der Eröffnung der Blase eine Reihe Nähte derart in die Blasenwand gelegt werden, daß sie nach Entfernung des Steines nur geknüpft zu werden brauchen, um die Blase definitiv zu schließen. Man legt in der Längsrichtung 3—4 Nähte, wie in Fig. 1 angedeutet. (Die Figuren sind der Originalarbeit von Rodsewitsch, vgl. auch Zentralblatt für Chirurgie 1895 Nr. 48, entnommen.) Nur die Muscularis wird durchstochen, so daß der Faden von *a—c* und von *b—d* zwischen Muscularis und Mucosa liegt. Die lange Schleife *f* wird mit den Fadenenden durch eine Klemme zusammengehalten. Die Abstände *a—b* und *c—d* usw. werden 1 cm weit genommen, die übrigen $^1/_2$ cm. Zwischen den vom Assistenten angehobenen Fäden wird nun die Blase aufgeschnitten. Sind die Fäden lang genug genommen, so gelingt es, wie man sich am Phantom leicht überzeugen kann, ausgezeichnet, die Wundränder mit ihrer Hilfe auseinanderzuhalten.

Ist der Stein entfernt, so nimmt man die Klemmen der Reihe nach ab und knüpft die Fäden. Zum Schluß werden einige Lembert-Nähte gelegt. Bornhaupt näht die übrige Wunde entweder primär oder legt gelegentlich einen kleinen Jodoformgazetampon in den unteren Wundwinkel. G. dagegen legt einen Drain für 5—7 Tage an die Blasennaht. Ein Dauerkatheter ist überflüssig.

Dieses Verfahren wurde im ganzen 62mal angewendet und führte 54mal (= 87%) zur Heilung per primam. 43mal wurde am Schluß die Blase mit Borlösung gefüllt, um die Dichtigkeit der Naht zu prüfen, wobei 7mal etwas Flüssigkeit austrat. In den übrigen Fällen, von denen 34 per primam, 2 per secundam heilten, wurde ein »hermetischer Verschluß« der Blase konstatiert. Von den undichten Nähten heilten 4 per primam, da der Harn sich nur durch die Harnröhre entleerte. Alle übrigen Nahtmethoden gaben schlechtere Resultate. Ganz fieberfrei war der Verlauf in fast 40% der Fälle. 2 Pat. starben; beide befanden sich aber schon vor der Operation in ganz desolatem Zustand.

G. berechnet 95,7% Heilungen und 4,3% üble Ausgänge (2 Todesfälle und 2 Fisteln). **V. E. Mertens** (Breslau).

35) **M. Margulijes.** Syphilis und Nierenchirurgie.

(Med. Obosrenje 1903. Nr. 5.)

26jährige Frau, vor der Ehe gesund. Erste Schwangerschaft — Abort, zweite und dritte Geburt normal, doch starben die Kinder bald. Darauf erkrankte Pat. selbst an einem chronischen Hautleiden mit Geschwüren, das ein Jahr lang dauerte. — Seit 2 Monaten Schmerzen links im Bauch, die in das linke Bein ausstrahlen, Fieber, starke Kopfschmerzen. Linke Niere kindskopfgroß, hart, höckrig, sehr schmerzhaft. Die Harnleiterkatheterisation, sowie die Harnanalyse zeigten normale Funktion der linken Niere, dabei Nephritis derselben, mit 0,1‰ Eiweiß im Harn. Niemals Blut im Urin. Diagnose: Nierensyphilis. Jodkali und Schmierkur gaben nach einigen Tagen Besserung, die 6 Tage anhielt, worauf bedeutende Verschlimmerung eintrat. M. entschloß sich nun zur Operation in der Annahme, daß es sich doch vielleicht um eine Neubildung handle. Lendenschnitt. Das ganze Nebennierenfettgewebe, sowie die Nierenkapsel stark verdickt und gelatinös, mit dazwischen gelegenen festen Bindegewebssträngen; Nierenkapsel mit den Nachbargeweben fest verwachsen, nicht ablösbar. Nach Einschnitt in die Kapsel entleert sich ein Teelöffel weißgraue, eiterähnliche Masse. Die umgebenden Muskeln vollständig normal. Es handelte sich also um Nierensyphilis, was auch durch die mikroskopische Untersuchung eines ausgeschnittenen Stückchens (Paranephritis chronica fibrosa) bestätigt wurde. Die hartnäckig weitergeführte antisyphilitische Behandlung führte erst nach 12 Tagen zu Temperaturabfall und Schwinden der Kopfschmerzen; gleichzeitig wurde auch die Geschwulst kleiner. 4 Wochen nach

der Operation war nur noch der untere Rand der Niere zu fühlen; Palpation fast schmerzlos. Laut Nachricht fühlt sich Pat. 9 Monate nach der Operation vollständig gesund. **Gückel** (Kondal, Saratow).

36) **C. Bechtold.** Beitrag zur Kasuistik der subkutanen Nierenquetschungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 32.)

Drei Fälle, unter diesen der eines 85jährigen Pat., von subkutaner Nierenquetschung mit günstigem Ausgang. Im ersten Falle bestand 20 Stunden lang Urinverhaltung, wohl reflektorischen Ursprungs. **Kramer** (Glogau).

37) **M. L. Kreps.** Zur Behandlung der sog. Anuria calculosa. Zur Pathologie der reflektorischen Harnverhaltung.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 18.)

Eine sehr fettleibige Frau, die schon früher ein paarmal an linkseitiger Nierenkolik gelitten hatte, erkrankte vor 2 Tagen an Anurie nach neuer Kolik. In der Blase kein Tropfen Urin. Am nächsten Tage Cystoskopie. Die rechte Harnleiteröffnung fehlt. Im linken Harnleiter fühlt man mit dem Katheter 2 cm von der Blasenöffnung einen festsitzenden Stein. Nach vielen Versuchen gelang es nach vorheriger Injektion von heißem Glyzerin, den Stein mit einem dicken Katheter zu lockern. Innerhalb $^1/_4$ Stunde wurden über 500 g Urin entleert. In die Blase gelangt aus dem anderen Harnleiter kein Harn. Am nächsten Tage entleerte Pat. 3000 g Urin. Erneute Untersuchungen zeigten das Fehlen der rechten Harnleiteröffnung. Es handelte sich also nicht um reflektorische Anurie, wie K. zuerst glaubte, sondern um Anurie der einzigen Niere. Der erbsengroße Stein wurde am nächsten Tage entleert. — Verf. glaubt, daß viele Fälle von sog. reflektorischer Anurie ebenfalls einen Mangel einer Niere darstellen. Doch beobachtete er einen einwandsfreien Fall von Reflexanurie. Pat. leidet schon seit lange an Nierensand. 1—$1^1/_2$ Tag lang Anurie; im rechten Harnleiter ein Stein, der nach Injektion von warmem Glyzerin mobil gemacht wird. Nun führte K. einen Katheter in den linken Harnleiter ein und gewann durch denselben klaren normalen Urin. Der Stein wurde am nächsten Tag entleert. — Zum Schluß werden folgende Regeln aufgestellt: 1) In allen Fällen von kalkulöser Anurie muß man den Harnleiter katheterisieren und den Stein, event. nach Injektion von heißem Öl oder Glyzerin, mobilisieren. 2) Wird der Stein im Harnleiter nicht gefunden, sucht man ihn sofort im anderen Harnleiter. 3) Ist der Stein gefunden und beweglich gemacht und kommt doch kein Harn zum Vorschein, so sondiert man den anderen Harnleiter, da a. die Verstopfung beiderseitig sein kann und b. da es möglich ist, daß in dem einen Harnleiter eine alte Verstopfung existiert, die zuerst nicht zu Anurie Anlaß gab und sie erst nach Verlegung des anderen Harnleiters durch einen Stein verursachte. 4) Findet man beim Harnleiterkatheterismus (aus irgend welchen Gründen) eine Harnleiterstriktur, so muß man beim geringsten Verdacht auf Nierensteine diese Striktur rechtzeitig dilatieren: es ist ein Fall beschrieben, wo ein Stein in solch einer Striktur stecken blieb und Anurie mit tödlichem Ausgang verursachte. **Gückel** (Kondal, Saratow).

38) **Sachs.** Zur Behandlung von Gallen- und Nierensteinkoliken mittels neukonstruiertem Heißluftapparat.

(Therapie der Gegenwart 1903. Nr. 6.)

S. führt aus, daß bei Gallen- und Nierensteinkoliken die heiße Luft einmal ableitend wirkt, dann aber auch durch die hervorgerufene Hyperämie eine leichte Anästhesie zustande kommt. Der von S. konstruierte Apparat unterscheidet sich von den bisherigen dadurch, daß er nicht den ganzen Rumpf umfaßt, wodurch eine länger dauernde Applikation ermöglicht wird, sowie dadurch, daß der Gang des Luftstromes so geregelt ist, daß letzterer die Gallenblase resp. Niere möglichst allein und rasch trifft. Dies wird durch zwei aufeinandersitzende Doppeltrichter

erreicht, welche in etwas schräger Stellung befestigt sind. Dadurch teilt sich die Hitze anfangs, um dann wieder vereinigt mit der Spitze eines Kegels die betr. Region zu treffen.

S. hat mit dem Apparat gute Erfolge erzielt. **Silberberg** (Breslau).

39) **C. Jewett. The medical and surgical treatment of Bright's disease.**

(Buffalo med. journ. 1903. August.)

J. gibt einen Überblick über die bisherigen Erfolge bei der chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritis und teilt zwei von Wasdin und Smith operierte Fälle mit:

1) 32jähriger Mann, Urinmenge stark vermindert, Arteriosklerose, Mitralstenose. Die Nierenkapsel wurde rechterseits zu $^2/_3$ abgestreift und die Kapsellappen mit der Muskulatur vernäht. Rasche Zunahme der Urinmenge innerhalb 24 Stunden, rascher Rückgang aller Symptome, jedoch wieder Verschlimmerung 2 Monate später. Daher Wiederholung der Operation auf der anderen Seite mit dem gleichen, nur vorübergehenden Erfolg, schließlich Tod an Urämie.

Autopsiebefund: Beide Nieren in feste, fibröse, nur schwer abziehbare Kapseln eingehüllt, welche nur sehr spärliche Blutgefäße enthielten; ebenso fehlten neugebildete Gefäße und Verwachsungen. Beiderseits chronische interstitielle Nephritis. Dieser Befund ist vollkommen entgegengestzt dem von Edebohls erhobenen, auf dem derselbe seine Ansichten über die Heilwirkung der Nierenentkapslung durch Bildung neuer Blutgefäße basiert. Verf. erklärt diesen Gegensatz durch die Annahme, daß entweder Edebohls' betreffende Befunde gar nicht nephritisch veränderte Nieren betrafen, oder daß die anatomischen Folgen nach der Nierenentkapselung je nach der Art des Falles sehr verschieden ausfallen; schließlich könnte auch die Tatsache, daß die Kapsel in Wasdin's Falle nur teilweise entfernt wurde, ins Gewicht fallen.

2) 21jährige Pat. mit chronischer Nephritis. Entkapselung der linken Niere, einer typischen großen, weißen Niere. Hiernach allgemeine Besserung, Zunahme der Urinmenge, welche nach 3 Monaten noch anhielt; doch blieb der Eiweißgehalt andauernd hoch und ebenso die Menge der Zylinder, roten Blutkörperchen und Leukocyten. 6 Monate später gutes Allgemeinbefinden und Arbeitsfähigkeit, jedoch Ödeme, Urinmenge gewöhnlich normal, reichliches Eiweiß; Zylinder.

Mohr (Bielefeld).

40) **R. Jedlička. Nierensarkom.**

(Časopis lékařů českých 1903. Nr. 33.)

16jähriges Mädchen; seit 3 Monaten Abmagerung; vor 3 Wochen zufällige Entdeckung einer Geschwulst im Bauche, die rasch wuchs, zuletzt die rechte Bauchhälfte bis zum Rippenbogen, zur Medianlinie und zum Poupartschen Bande einnahm; am oberen Pole war die Niere zu tasten. Der Harn klar, sauer, frei von Eiweiß und Blut; Tagesquantum 1550—1700 ccm; $\Delta = -1{,}42$. Phloridzinreaktion nach $^1/_2$ Stunde positiv; Uricometer (Ruhemann) 0,30‰. Blut normal, $\delta = -0{,}56$. Diagnose: Sarkom. — 29. April 1903: Transperitoneale Nephrektomie mit Resektion des ganzen Colon ascendens und Abpräparierung des Duodenum; Vena renalis thrombosiert; Entfernung des Thrombus vor der Ligatur der Vene. Die linke Niere war hypertrophisch. Schließung der Bauchhöhle. Idealer postoperativer Verlauf. Vollständige Kompensation durch die gesunde Niere. Mikroskopischer Befund: Klein- und spindelzelliges Sarkom der Niere.

G. Mühlstein (Prag).

41) **Lejars. Cancer du rein.**

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 91.)

Das Interesse der von L. mitgeteilten Beobachtung liegt in dem Ergebnis der vor und nach der Nephrektomie vorgenommenen Urinuntersuchung.

Der 38jährige, etwas abgemagerte Pat. bemerkte eine Geschwulst in der linken Bauchseite seit ca. einem Jahre, hatte außer zeitweiligen sehr geringen Schmerzen

keine Beschwerden. Zur Zeit der Operation reichte die sehr voluminöse, bewegliche Geschwulst unter dem linken Rippenbogen hervor bis in die Fossa iliaca hinab. Die Untersuchung des von beiden Nieren getrennt aufgefangenen Urins ergab folgendes Resultat: Die Sekretion der linken Niere war erheblich rascher, wie die der rechten; der Urin der linken Niere war kaum gefärbt, sah wie Wasser aus und war deutlich klarer wie der Urin der rechten Niere; er enthielt pro Liter 4,18 g Harnstoff, der der rechten 8,64 g. Nach der Exstirpation der linksseitigen Nierengeschwulst erholte sich Pat. rasch, entleerte 12 Tage nachher 900 ccm Urin in 24 Stunden mit 23,54 g Harnstoff pro Liter und nach weiteren 8 Tagen 1300 ccm pro 24 Stunden mit 21,53 g Harnstoff pro Liter bezw. 27,99 g pro Tag. Die Nephrektomie hatte sowohl auf den allgemeinen Ernährungszustand, wie die Urinausscheidung der gesunden Niere einen günstigen Einfluß geübt.

Reichel (Chemnitz).

42) J. Albarran. Tumeur polykystique périrénale développée aux dépens du corps de Wolff.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 117.)

Der von A. mitgeteilte Fall ist ebenso selten wie interessant: Das kranke Kind war zur Zeit der Beobachtung 10 Monate alt; erst seit 2 Monaten war der Mutter eine Zunahme seines Leibesumfanges aufgefallen. Es war schlecht entwickelt, blaß, mager. Die rechte Hälfte des Leibes war durch eine Geschwulst vorgewölbt, welche oben von der Leber nicht abzugrenzen war, unten bis in die Fossa iliaca reichte, nach links, die Mittellinie überschreitend, bis zum äußeren Rande des linken geraden Bauchmuskels ragte, hinten in der rechten Lendengegend fühlbar war, sich nicht verschieben ließ, glatte regelmäßige Oberfläche hatte; der Perkussionsschall war über ihr überall gedämpft; die subkutanen Venen der rechten Bauchseite waren erweitert. Der Urin enthielt keine abnormen Bestandteile.

Trotz des elenden Zustandes des Kindes entschloß sich A. zur Operation, die das Kind auch trotz der Größe des Eingriffs — subkapsuläre Ausschälung der Geschwulst, Entfernung der anliegenden rechten Niere mit Wegnahme fast des ganzen hinteren Bauchfellabschnitts — gut vertrug. Es erholte sich, hatte vier Wochen nach der Operation an Gewicht zugenommen und befand sich ausgezeichnet.

Die entfernte Geschwulst wog 1 kg, lag der abgeplatteten rechten Niere innig an und war von einer eigenen Bindegewebskapsel umgeben. Diese ging am unteren Nierenpol in die Capsula propria der Niere über und war nach oben fest mit der Leber verwachsen. Die Geschwulst selbst setzt sich aus einer Unzahl kleinster Cysten von der Größe eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Kirsche zusammen; einzelne Cysten erreichten sogar die Größe einer Mandarine; sämtliche enthielten eine klare, gelbliche, dünnflüssige oder fadenziehende Flüssigkeit. Die Niere war normal, nur abgeplattet, von ihrer eigenen Kapsel umhüllt und ließ sich vollständig von der Geschwulst absondern. Es handelte sich also nicht um eine polycystische Entartung der Niere selbst bezw. eines Teiles von ihr. Die Cysten waren von einem kubischen, mehr oder minder abgeplatteten Epithel bekleidet. Neben ihnen fand man eine große Zahl von Epithelröhren, die stellenweise das Aussehen solider Epithelmassen zeigten, mit etwas höherem Epithel als die Cysten ausgekleidet waren und ganz den Epithelschläuchen des wenig entwickelten Wolff'schen Körpers glichen. Nirgends sah man Glomeruli.

A. glaubt sich demnach berechtigt, die Entstehung der Geschwulst auf verirrte Reste des Wolff'schen Körpers zurückführen zu dürfen.

Reichel (Chemnitz).

43) Woolley. Ein primärer karzinomatoider Tumor (Mesothelioma) der Nebennieren mit sarkomatösen Metastasen.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXII. p. 301.)

Bei der Sektion eines 43jährigen Mannes fand Verf. ein primäres Karzinom der Nebennieren mit Metastasen in Lunge, Gehirn und Lymphdrüsen. Derartige



Geschwülste sind sehr selten, nur 21 bis jetzt in der Literatur beschrieben. Den Gebrauch der Bezeichnungen »Karzinom« und »Sarkom« für Geschwülste mesothelialen Ursprungs hält Verf. für irreführend und möchte ihn durch Mesotheliom ersetzt wissen. Derartige Neubildungen können in der Primärgeschwulst und in den Metastasen Verschiedenheiten ihrer Typen zeigen, und diese Variationen seien eine Wiederholung in umgekehrter Richtung der verschiedenen Stadien der Entwicklung des Gewebes, in dem die Geschwulst entstand. Die beschriebene Neubildung war ein bösartiges Mesotheliom mit epithelialem Charakter, und Verf. bezeichnet ihn als Mesothelioma malignum carcinomatoides.

Fertig (Göttingen).

44) M. Schmidt. Zur Beckenabszeßdrainage durch das Foramen ischiadicum.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 94.)

Veröffentlichung eines Falles, in dem die früher vom Verf. zur Drainage acetabulär-ostitischer Beckenabszesse empfohlene Inzision in das Foramen ischiadicum bezw. suprapyriforme sich wieder bestens bewährt hatte. Es handelte sich um osteomyelitische Koxitis, die auch großen intramuskulären Oberschenkelabszeß gesetzt hatte und Resektion des Femurkopfes erforderlich machte. Hervorhebung der Häufigkeit des Beckenabszesses bei dieser Erkrankung und der Notwendigkeit einer günstig angelegten Inzision und Drainage für denselben.

(Selbstbericht.)

45) Tuffier. Hydrocèles dites simples contenant des bacilles de la tuberculose.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 140.)

T. teilt kurz zwei Fälle typischer, anscheinend ganz unkomplizierter, sog. »klassischer« Fälle einer Hydrokele mit, in denen die Untersuchung der Hydrokelenflüssigkeit nach der Methode von Jousset Tuberkelbazillen auffinden ließ, im ersten Falle nur spärlich, im zweiten in großer Menge. T. fordert zu weiteren analogen Untersuchungen auf. **Reichel** (Chemnitz).

46) C. Mancini-Janari (Livorno). Cura radicale dell' iodrocele colle iniezioni d'acido fenico puro.

(Clinica chirurgica 1902. Nr. 8.)

M. befürwortet die Lewis'schen Karbolsäureinjektionen in die Scheidenhaut zur Heilung der Hydrokele tun. vaginalis. Bei 37 Fällen hatte er 28mal gleich vollen Erfolg; die Heilung datiert 11 Monate bis 2 Jahre. 6mal mußte die Punktion und Injektion wiederholt werden, einmal waren drei Injektionen nötig. In zwei Fällen versagte die Methode auch nach wiederholter Anwendung.

J. Sternberg (Wien).

47) Spangaro. Nel testicolo senile conduce la legatura del dotto deferente all' atrofia dell' organo?

(Sperimentale 1903. Nr. 3.)

Die Angaben der Autoren widersprechen sich bezüglich des Einflusses der Samenleiterunterbindung auf den Hoden. Während die einen wenig Veränderung in dessen Parenchym finden, haben andere schwere Degenerationen gesehen. Dieselbe wird von mancher Seite auf die Durchschneidung des Plexus spermaticus bezogen. S. hatte die Gelegenheit, im Laboratorium von Langhans-Bern die Hoden von drei alten Leuten zu untersuchen, welchen aus therapeutischen Gründen die doppelseitige Unterbindung und Resektion des Vas deferens vor 12 Tagen, 6 Monaten, $2^1/_2$ Jahren gemacht worden war. Er findet gleichfalls keine Bestätigung für die allgemeine Annahme, daß die Ligatur zu Atrophie des Hodens führe, sondern neigt sich dazu, anzunehmen, daß sie beim alten Manne entweder

keine oder doch erst nach langer Zeit und unter besonderen Umständen Atrophie mache. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

48) **W. B. Coley.** Malignant tumors of the testis.

(Med. news 1903. Juli.)

Bericht über 15 Fälle, darunter 14 Sarkome, 1 Teratom. Ätiologisch wird hervorgehoben, daß in 50% der Sarkome ein Trauma voraufgegangen war. Das Alter der Kranken schwankte zwischen 19 und 51 Jahren, mehr als die Hälfte stand zwischen 20. und 30. Lebensjahre. Nur ein Viertel der Fälle kam frühzeitig zur Beobachtung, bei den übrigen bestanden meist schon Metastasen. Dementsprechend waren die Operationserfolge sehr ungünstig: bei 13 Operierten keine Dauerheilung. Die längsten rezidivfreien Zeiten waren einmal 8 Monate, einmal 1 Jahr, zweimal 2 Jahre. Bemerkenswert für die Bösartigkeit der Erkrankung und den Einfluß des Traumas ist folgender Fall:

28jähriger Kutscher fällt rittlings auf einen Balken und zieht sich eine schmerzhafte Anschwellung des rechten Hodens zu. Bei der Operation nach 4 Wochen findet sich neben einem Hämatom der Tunica vag. der Hoden orangengroß geschwollen und teilweise sarkomatös entartet. Kastration. Nach 5 Wochen mannskopfgroßes Rezidiv in den retroperitonealen Lymphdrüsen. Tod 3 Monate nach Beginn der Erkrankung.

Der Fall von Teratom wurde durch Kastration dauernd geheilt. Leider ist hier nichts über den histologischen Befund mitgeteilt.

Kleinschmidt (Kassel).

49) **Benenati** (Neapel). Über einen Fall von Rhabdomyom in einem verlagerten Hoden.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXI. p. 418.)

Verf. gibt eine Literaturzusammenstellung der bisher bekannt gewordenen Fälle von Rhabdomyom. 60% derselben kommen auf das Urogenitalsystem, 13% auf den Hoden. In seinem Falle handelte es sich um eine mannskopfgroße Geschwulst in der linken Seite der Bauchhöhle, die von dem verlagerten Hoden ausgegangen war. Verf. spricht sodann über die Herkunft der quergestreiften Muskelfasern im Hoden und die verschiedenen Theorien. Nach seiner Ansicht kommt für die Ätiologie der Rhabdomyome hauptsächlich der fötale Einschluß eines Myomanteils in ein benachbartes Organ in Frage.

Fertig (Göttingen).

50) **T. K. Weber.** Über die Teratome (Embryome) des Hoden.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1903. Hft. 2. [Russisch.])

W. bespricht des längeren die vielfachen Theorien über die Entstehung der fraglichen Bildungen. Er schließt sich Bonnet, Marchand und Wilms an, deren Auffassung von der Theorie der Inclusio foetalis sich eigentlich nur quantitativ unterscheide, insofern nach der einen ein ganzer Fötus, nach der anderen nur Teile des Fötus eingeschlossen wurden. In der Zusammenfassung wird die Bezeichnung der Hodenteratome als Dermoide abgelehnt, da es noch nicht erwiesen sei, ob Geschwülste der Hoden, die nur aus Abkömmlingen des Ektoderms bestehen, überhaupt vorkommen. Richtiger seien diese Geschwülste, die Abkömmlinge aller drei Keimblätter enthalten, als Embryome zu bezeichnen. Sie werden als gutartige Neubildungen angesehen, wenn sie auch im klinischen Verlaufe zuweilen bösartigen Geschwülsten gleichen.

W hatte Gelegenheit, folgenden Fall zu beobachten:

Der 24jährige Bauer gab an, daß sein linker Hoden von früh auf größer gewesen sei als der rechte. Seit ca. 1/2 Jahre sei er auf Faustgröße angewachsen, auch hätten sich in die Leiste ausstrahlende Schmerzen eingestellt; in letzter Zeit sei die Geschwulst sehr empfindlich geworden, und es sei Fieber aufgetreten.

Es fand sich eine kindskopfgroße, prallelastische, nicht durchscheinende Ge-



schwulst, die nach oben in einen 3 Querfinger breiten Strang auslief, der in den Leistenkanal hineinzog. An einer Stelle war Fluktuation nachzuweisen, und nur hier war die Haut rot und nicht verschieblich. Diagnose: alte Hydrokele mit verdickten Wänden.

Durch die Operation wurde eine Höhle eröffnet, die bräunlichen Eiter, Detritus, Haare und mehrere 3—4 cm lange, 5—6 mm dicke, wunderlich geformte Knochen enthielt, die zum Teil in der Wand saßen. Das Ganze ließ sich leicht aus dem Skrotum lösen. Der erwähnte Strang war der Funiculus spermaticus, seine Verdickung kam zum allergrößten Teil auf Rechnung des hypertrophischen Cremaster. Heilung per secundam.

Vom Nebenhoden war in dem 25 cm langen, 18 cm breiten Präparat nichts zu finden. Eine bis 2 cm dicke, gefäßreiche, bindegewebige Kapsel mit Resten von Samenkanälchen umschloß das eigentliche Embryom, von dem es durch eine 5 bis 15 mm starke Bindegewebsschicht getrennt war.

Mikroskopisch konnten Produkte aller Keimblätter nachgewiesen werden; vorherrschend waren die des Mesoderms. Das Bindegewebe zeigte hauptsächlich embryonalen Charakter, war aber stellenweise auch sehr zellarm. Muskulatur beider Arten war vorhanden, quergestreifte nur an einer Stelle mit schlecht ausgeprägter Streifung. Sehr reichlich waren Fettgewebe, ebenso Knochen und (ausschließlich hyaliner) Knorpel vertreten, letzterer überall von Bindegebe umgeben, das sehr viel elastische Fasern enthielt.

Von ektodermalen Produkten seien nur die sehr reichlichen Nerven erwähnt. Gut ausgebildete Ganglienzellen zu finden, gelang nicht.

Endlich wurden zylindrische, kubische, flimmernde Epithelien nachgewiesen in Anordnungen, die an Speicheldrüsen und Schilddrüsen, an Atmungsorgane (dichotomisch gestielte Kanäle mit Flimmerepithel ausgekleidet und von Knorpel umgeben) und Speiseröhre erinnerten. **V. E. Mertens** (Breslau).

51) A. Broca. Kystes du cordon.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 52.)

B. bespricht auf Grund von zwei Fällen von Hydrokele des Funiculus spermaticus die Genese dieser cystischen Gebilde, ihre Koexistenz mit Brüchen, ihre diagnostischen Schwierigkeiten und ihre Therapie (Exzision des Sackes). In 13 höchst instruktiven Abbildungen sind seltenere Varietäten des in Rede stehenden auf angeborener Grundlage beruhenden Leidens dargestellt.

W. Sachs (Mülhausen i. E.).

52) G. Löwenbach und A. Brandweiner. Die Vaccineerkrankung der weiblichen Genitalien.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XXXVI. Nr. 1.)

Verff. berichten mit eingehender Berücksichtigung der Literatur über vier Fälle von Vaccineerkrankung an den Geschlechtsteilen erwachsener Frauen — die Ansteckung war von geimpften Kindern ausgegangen; erbsengroße, kreisrunde Blasen mit entzündlichem Rot, Pusteln und schnell entstehende Geschwüre, Jucken und Brennen bilden die Erscheinungen; Narbenbildung wurde (wegen der oberflächlicheren Einimpfung) nicht beobachtet. Verwechslungen können vorkommen mit Pemphigus, Ekzem, Herpes, vor allem aber mit Aphthen, denen aber der randständige Blasensaum fehlt; die Heilung erfolgte unter Reinhaltung und antiseptischen Mitteln schnell. Einmal wurde Erysipel beobachtet.

Jadassohn (Bern).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König**, in Berlin, **E. Richter**, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorausszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 47. Sonnabend, den 21. November. **1903.**

(Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Sabatsberg zu Stockholm. Dirigierender Arzt: Dr. E. S. Perman.)

Eine neue Operationsmethode der Hämorrhoiden.

Von

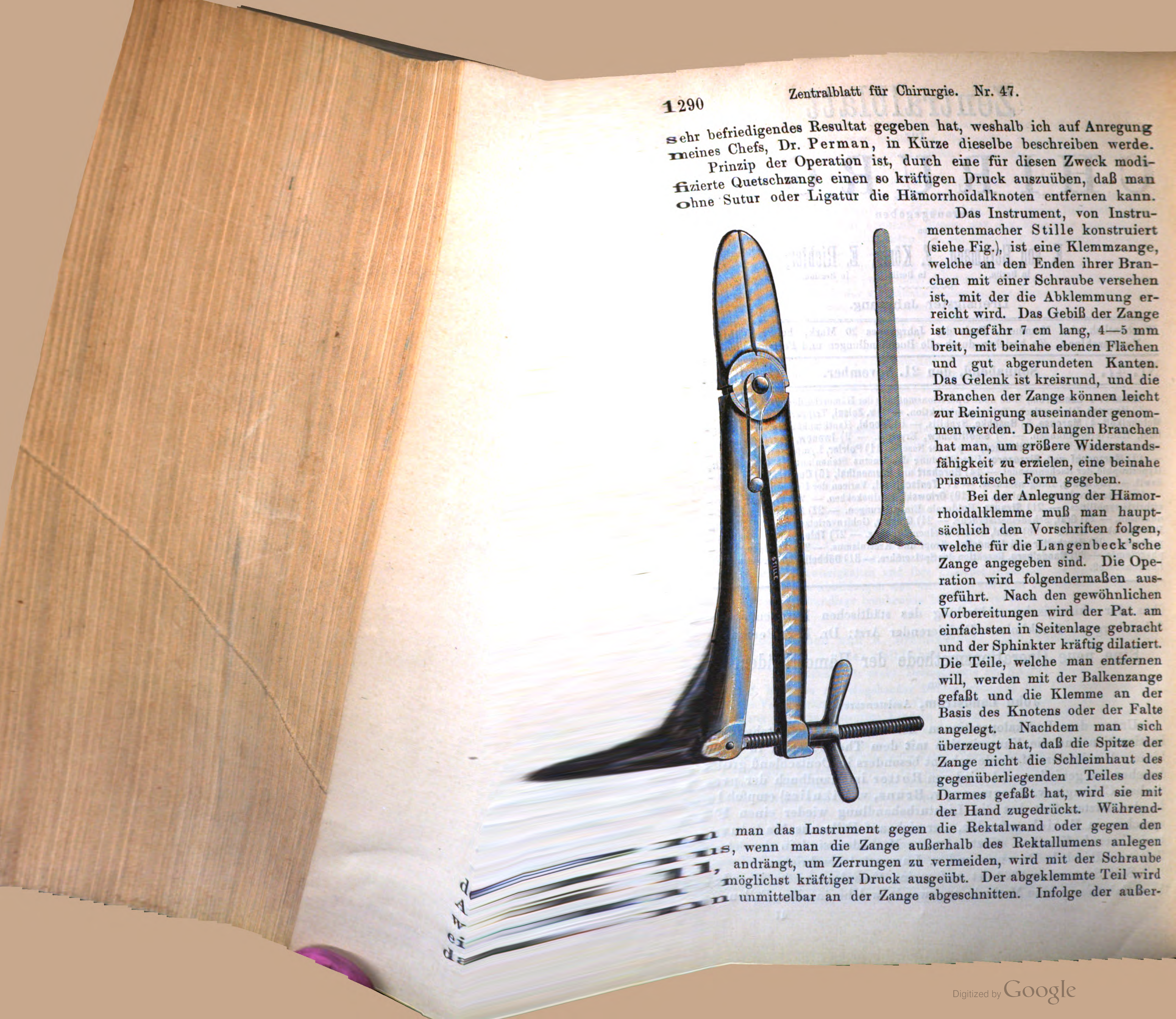
John Landström, Assistenzarzt.

Unter den Radikaloperationen der Hämorrhoiden stehen die Exstirpation und die Kauterisation mit dem Thermokauter in erster Linie. Die letztere Methode scheint besonders in Deutschland großes Ansehen zu genießen und wird von Rotter im Handbuch der praktischen Chirurgie (v. Bergmann, v. Bruns, v. Mikulicz) empfohlen. In der letzten Zeit hat die Ligaturbehandlung wieder einen Fürsprecher in Ehrich gefunden, der sich auf Fälle aus Madelung's und Garrè's Kliniken stützt. Andere Methoden sind in der letzten Zeit von Riedel, Downes und v. Lavandal beschrieben.

Seit September 1902 ist auf meine Veranlassung im Krankenhaut Sabatsberg eine Methode angewandt, welche in allen Fällen ein

sehr befriedigendes Resultat gegeben hat, weshalb ich auf Anregung meines Chefs, Dr. **Perman**, in Kürze dieselbe beschreiben werde.

Prinzip der Operation ist, durch eine für diesen Zweck modifizierte Quetschzange einen so kräftigen Druck auszuüben, daß man ohne Sutur oder Ligatur die Hämorrhoidalknoten entfernen kann.



Das Instrument, von Instrumentenmacher **Stille** konstruiert (siehe Fig.), ist eine Klemmzange, welche an den Enden ihrer Branchen mit einer Schraube versehen ist, mit der die Abklemmung erreicht wird. Das Gebiß der Zange ist ungefähr 7 cm lang, 4—5 mm breit, mit beinahe ebenen Flächen und gut abgerundeten Kanten. Das Gelenk ist kreisrund, und die Branchen der Zange können leicht zur Reinigung auseinander genommen werden. Den langen Branchen hat man, um größere Widerstandsfähigkeit zu erzielen, eine beinahe prismatische Form gegeben.

Bei der Anlegung der Hämorrhoidalklemme muß man hauptsächlich den Vorschriften folgen, welche für die **Langenbeck**'sche Zange angegeben sind. Die Operation wird folgendermaßen ausgeführt. Nach den gewöhnlichen Vorbereitungen wird der Pat. am einfachsten in Seitenlage gebracht und der Sphinkter kräftig dilatiert. Die Teile, welche man entfernen will, werden mit der Balkenzange gefaßt und die Klemme an der Basis des Knotens oder der Falte angelegt. Nachdem man sich überzeugt hat, daß die Spitze der Zange nicht die Schleimhaut des gegenüberliegenden Teiles des Darmes gefaßt hat, wird sie mit der Hand zugedrückt. Während-

man das Instrument gegen die Rektalwand oder gegen den
s, wenn man die Zange außerhalb des Rektallumens anlegen
andrängt, um Zerrungen zu vermeiden, wird mit der Schraube
möglichst kräftiger Druck ausgeübt. Der abgeklemmte Teil wird
unmittelbar an der Zange abgeschnitten. Infolge der außer-

ordentlichen Kraft, mit welcher die Zuklemmung geschieht, kann man dann sogleich die Klemme abnehmen. Die Abklemmungsstelle ist papierdünn, es erfolgt Blutung weder von ihrem freien Rande noch von ihrer Basis[1] her. Man kann dann auf ähnliche Weise die Klemme an mehreren Stellen anlegen, ohne daß die zusammengepreßten Flächen auseinandergehen. Nach der Operation wird ein mit Xeroformgaze umwickeltes Drainrohr in den Darm eingeführt, welches am zweiten Tage nach der Operation entfernt wird.

Die ganze Operation kann in einigen Minuten ausgeführt werden und ist in geeigneten Fällen leicht im Ätherrausch nach Sudeck auszuführen, ein Vorteil, welcher nicht genug zu schätzen ist, besonders bei durch Blutungen sehr heruntergekommenen Individuen. Bei solchen geschwächten Pat. ist es natürlicherweise von Bedeutung, daß die Operation unblutig geschieht.

Die Zange ist bei 25 Pat. angewendet, von welchen die 11 letzteren genau in oben beschriebener Weise operiert sind. Keiner von den Pat. hat über Schmerzen geklagt, auch wenn die Abklemmung die Haut berührt hat. Dies im Gegensatz zur Thermokauterisation und Ligaturbehandlung. In keinem Falle habe ich Nachblutung gesehen. Eine solche ist sicherlich auch nicht zu befürchten, wenn die Klemme mit gehöriger Kraft angewendet wird. Die Nachbehandlung geschieht auf gewöhnliche Weise. Der nach 5—6 Tagen auf Rizinus folgende Stuhl verursacht keine nennenswerten Schmerzen. Eine Woche nach der Operation zeigt sich die abgeklemmte Stelle als eine $^1/_2$—1 cm breite, reine Wunde, welche im allgemeinen nach etwa 2 Wochen geheilt ist ohne während dieser Zeit Beschwerden zu veranlassen.

Die Operation wird also schnell, leicht und unblutig mit minimalen Beschwerden für den Pat. ausgeführt.

Die von Stille angefertigte Zange ist auch mit Vorteil als Enterotrib bei Darmresektionen anzuwenden. Dagegen dürften die früher konstruierten Klemmzangen wegen der Breite ihres Gebisses nicht zur Hämorrhoidaloperation geeignet sein.

---

1) **Hammer.** Über die diagnostische Tuberkulininjektion und ihre Verwendung beim Heilstättenmaterial.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1903. Bd. I. p. 326.)

Verf. tritt warm für die diagnostische Verwertung der Tuberkulininjektion ein, deren Wert er besonders für die Frühdiagnose sehr hoch anschlägt, weil sie es ermöglicht, den Heilstätten die aussichtsreichen initialen Fälle zuzuführen. Er will die diagnostischen Injektionen ambulatorisch ausgeführt wissen und macht nähere Angaben über die Technik und die erforderlichen Kautelen. Gewisse

[1] Bei meinen ersten Fällen, wo ich eine Zange mit rechtwinkligen Kanten anwendete, entstanden oft kleine Blutungen von der Basis.

Gefahren lassen sich mit Sicherheit nicht in Abrede stellen, doch hält sie Verf. für verhältnismäßig gering. **M. v. Brunn** (Tübingen).

---

2) M. v. Zeissl. Diagnose und Therapie des Trippers und seiner Komplikationen beim Manne und Weibe. Zweite vermehrte Auflage.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1903.

Verf. behandelt die Diagnose und Therapie des Trippers zwar ziemlich kurz, aber dafür auch übersichtlich. Das Wesentlichste ist berücksichtigt und auch gegenteilige Ansichten genügend hervorgehoben. »Tripper und Ehe« sind in einem besonderen Kapitel abgehandelt. »Der Tripper beim Weibe« bildet den letzten Abschnitt, ihm liegt teilweise das von Dr. Felix Heymann für des Verf.s Lehrbuch der venerischen Krankheiten bearbeitete Kapitel der weiblichen Gonorrhöe zugrunde. Wir können das Buch mit gutem Gewissen, trotzdem wir besonders oft über die Behandlung der akuten Erscheinungen anderer Ansicht sind, Spezial- und praktischen Ärzten zur Anschaffung empfehlen. **Klingmüller** (Breslau).

---

3) Roux et Metchnikoff. Recherches expérimentales sur les singes anthropoïdes.

(Bull. de l'acad. de méd. 67. ann. 3. ser. Nr. 30.)

Während Verff. vergeblich versuchten, durch Einbringen eines Gewebsstückchens in die vordere Augenkammer Melanosarkom auf den Schimpanse zu übertragen, hatten sie bei Überimpfung von syphilitischem Virus, welches durch Abschaben des diphtheroiden Belags von Primäraffekten gewonnen war, den Erfolg, daß nach 25 Tagen an der Impfstelle der Clitoris des benutzten Schimpanseweibchens eine zweifellos festzustellende Primärinduration auftrat. — Während in der Diskussion Fournier sich begnügt, zu erklären, daß es gelungen sei, einen syphilitischen Schanker bei dieser Tierspezies zu erzeugen, meint Du Castel, selbst wenn nach weiterer Beobachtung keine sog. sekundären Erscheinungen auftreten würden, sei man berechtigt zu der Annahme, daß der Schimpanse immun sei gegen die Verallgemeinerung der Syphilis, daß es hingegen geglückt sei, eine Tiergattung zu finden, welche, mit dem Sekret des harten Schankers inokuliert, an dem syphilitischen Primäraffekt erkranke. **Christel** (Metz).

---

4) M. Marcuse. Über erweichte Bubonen der Frühlues. (Aus der Hautkranken-Station des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 26.)

Es handelt sich bei dieser nicht übermäßig seltenen Affektion um frühsyphilitische, ohne akut entzündliche Erscheinungen verlaufende

Lymphdrüsenprozesse, welche den Drüsengummen klinisch und histologisch gleichartig sind; die Erweichungsprodukte sind von zäher, schleimiger Beschaffenheit, bestehen aus zelligem Detritus und enthalten keinerlei Bakterien. In den beobachteten Fällen (ca. 60 an Zahl) des oben genannten Krankenhauses verlief die Lues in jeder Beziehung normal; keiner der Pat. litt an irgend einer anderen konstitutionellen Erkrankung, insbesondere Tuberkulose. Von einundzwanzig Kranken, die M. selbst beobachtet hat, wiesen 11 noch den Primäraffekt auf; der Bubo hatte sich zeitlich wie örtlich an den Schanker angeschlossen. Während eine Verwechslung der gummösen Bubonen mit virulenten durch das Fehlen primärer akuter Entzündungserscheinungen, durch die ganz allmählich zentral beginnende und peripherwärts fortschreitende Erweichung und durch die scharfe ringartige Begrenzung dieser Partie weniger in Betracht kommt, ist dagegen, besonders bei Fehlen anderer sicherer Zeichen von Lues, die Diagnose gegenüber Aktinomykose, Tuberkulose, bösartigen Geschwülsten schwierig und nur durch den Erfolg einer antiluetischen Behandlung zu sichern. Durch eine kombinierte Jod und Hg-Therapie gelingt es regelmäßig, die Erweichung zur Resorption und die Geschwulst selbst zum Verschwinden zu bringen; außerdem empfiehlt sich neben Bettruhe die lokale Applikation von Hg-Pflaster. Ohne solche Behandlung kann es zum Aufbruch und zur Bildung von schwer heilenden Hautulzerationen kommen. **Kramer** (Glogau).

---

5) **A. Buschke.** Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis.

(Berliner Klinik Hft. 179.)

Kurze Besprechung der wichtigsten Tatsachen und der Therapie.

Klingmüller (Breslau).

---

6) **E. Jacobi.** Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluß der wichtigsten venerischen Erkrankungen. I. Abteilung.

Wien, 1903.

Der Atlas ist Neisser, dem ehemaligen Chef und Lehrer des Verf., gewidmet und von diesem mit einem Begleitwort versehen, in welchem folgender Satz enthalten ist: »Jeder der einen Blick auf die Tafeln wirft, wird ihre Vorzüglichkeit anerkennen müssen. Denn — von dem großen Hebra'schen Atlas abgesehen — Besseres, Naturgetreueres, so unmittelbar Wirkendes hat noch kein Atlas geboten«. Die Tafeln sind hergestellt nach dem von Dr. Albert in München erfundenen Verfahren der Citochromie. Als Vorlagen wurden Moulagen benutzt, und zwar zum größten Teil die der Breslauer Klinik. Der Text enthält nur soviel über Diagnose, Verlauf und Therapie der einzelnen Erkrankungen, wie zum Verständnis der Bilder durchaus notwendig erscheint. Die Anschaffung dieses Atlas kann nicht warm genug empfohlen werden.

Klingmüller (Breslau).



7) **Scagliosi.** Beitrag zur Pathologie der Hautverbrennungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 31.)

Auf Grund pathologischer, anatomischer und experimenteller Untersuchungen glaubt S., daß die mehr oder weniger ausgedehnte Aufhebung der Hautleistung, die Bildung von toxischen Substanzen, die Veränderungen des Blutes, die gestörte oder sogar aufgehobene ausscheidende und giftzerstörende Wirkung der Leber und namentlich der Niere die Überladung des verbrannten Organismus mit toxischen Stoffen zur Folge haben. Diese verursachen im Nervensystem, Herzen, Lungen, Leber und anderen Organen Veränderungen.

Borchard (Posen).

8) **P. F. Smolitschew.** Zur Frage von der Behandlung des Erysipels.

(Praktitscheski Wratsch 1903. Nr. 29 u. 30.)

Auf Grund 20jähriger Erfahrung spricht sich S. für eine energische lokale Therapie aus. Er trägt 2—3 mal täglich folgende Mischung auf: Jodtinktur 25,0, Kampferöl und Ichthyol āā 12,5. Die ganze affizierte Stelle wird bis zu dunkelbrauner Färbung bepinselt, besonders der Rand des Ausschlags; darauf bedeckt man die ganze Stelle mit Gaze, die mit hygroskopischer Watte unterfüttert ist. Nach 2—3 Tagen, wenn die Auftragung schmerzhaft wird, bedeckt man die Haut mit Kampferöl. — In 78% der Fälle (18 während 1902) fiel die Temperatur kritisch (abortiver Verlauf), in den übrigen 22% wurde lytischer Temperaturabfall beobachtet. —

Gückel (Kondal, Saratow).

9) **A. Iwanow.** Zur Frage von der Verlagerung des Sinus transversus.

(Chirurgie 1903. Juni. [Russisch.])

J. prüfte an 55 Schädeln und an 50 isolierten Schläfenbeinen die von Trautmann angegebenen Symptome der Verlagerung des Sinus transversus nach und spricht sich schließlich dahin aus, daß wir kein absolut sicheres, konstantes Symptom besitzen. Nur auf Grund der Summe aller Symptome kann man mit großer Wahrscheinlichkeit diese Verlagerung annehmen; so können wir sie am ehesten bei einem Brachycephalen auf der rechten Seite antreffen, wenn der Warzenfortsatz schwach entwickelt ist und das Planum mastoideum unter einem stumpfen Winkel zur hinteren Gehörgangswand steht. Am praktischsten ist es jedenfalls, immer nach Rondall's Regel zu operieren, so als ob wir immer eine Verlagerung des Sinus vor uns haben.

Gückel (Kondal, Saratow).

10) **Wittmaack.** Die Behandlung des Schleimhautlupus der Nase mit Pyrogallussäure. (Aus der Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke zu Breslau.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 31.)

Für die Behandlung des Schleimhautlupus kommt heutzutage außer der mit heißer Luft nur noch die mit chemischen Ätzmitteln in Betracht. Bei der Anwendung der letzteren muß jedoch ein chirurgischer Eingriff vorausgehen, da die Lupusherde meist submukös gelegen sind, der Epithelüberzug also erst mit Schlinge und scharfen Löffel entfernt werden muß, um ein Eindringen des Atzmittels in die Tiefe zu erleichtern. Auch bei bereits bestehenden Ulzerationen ist eine gründliche Ausschabung zur Beseitigung des nekrotischen Gewebes im Grunde des Geschwürs zweckmäßig, bevor entweder Milchsäure- oder Pyrogallussalbentampons für die Dauer mehrerer Stunden oder eines ganzen Tages eingelegt werden. W. hat letztere wegen ihrer geringeren Reaktionserscheinungen bei flächenhaft ausgedehntem Schleimhautlupus der Nase bevorzugt (10—20%ige Salbe) und appliziert sie nach der Ausschabung und Kokainisierung unter Anwendung eines mäßigen Drucks auf die erkrankten Stellen, ersetzt sie nach 24 Stunden durch neue, mit der Salbe bestrichene Gazetampons und wiederholt dies 3—4 Tage lang, wonach — event. unter späterer Wiederanwendung der Pyrogallussalbe — eine indifferente Behandlung (Borsäure, Jodoform usw.) stattfindet. Die erzielten Erfolge (s. Krankengeschichten) waren durchaus günstige.

Kramer (Glogau).

11) **P. Poirier.** Le système lymphatique et le cancer de la langue.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 38.)

Das Studium der Lymphwege der Zunge und der dazu gehörigen Lymphdrüsen hat. P. im ganzen zu denselben Resultaten geführt wie Küttner (Chirurgenkongreß 1897). Nur gibt im Gegensatz zu letzterem P. an, daß ihm auch die Injektion von submentalen Lymphdrüsen gelungen sei. Die Injektionen wurden nach der Methode von Gerota, deren sich auch Küttner bediente, ausgeführt. Der Arbeit P.'s sind instruktive Zeichnungen beigegeben.

W. Sachs (Mülhausen i. E.).

12) **V. Marzocchi** e **E. Bizzozero** (Torino). Sulle consequenze della legatura del dotto stenone.

(Arch. per le scienze med. 1903. Nr. 2.)

Verff. haben die oben angedeutete Frage von neuem auf experimentellem Wege untersucht. Sie haben 17mal den Ductus Stenonianus bei Hunden unterbunden und alsdann die Parotis in verschiedenen Zeitabschnitten — bis zum 65. Tage nach der Operation — untersucht. Das Resultat war folgendes: Die Ausführungsgänge und



Acini erfuhren anfangs eine leichte Dehnung, die Epithelzellen wurden dabei abgeplattet und funktionsuntüchtig; ihr Protoplasma schwindet und bekommt ein granuliertes Aussehen. Schon bald nach der Unterbindung ist die Drüse von reichlichen Leukocyten durchsetzt (Untersuchung auf Bakterien fiel negativ aus; akzidentelle Infektion sonach wohl auszuschließen), die mit der Zeit spärlicher werden, ohne jedoch vollkommen zu verschwinden. Dabei schreitet eine reaktive Bindegewebswucherung vor; aber zu einer eigentlichen Sklerose der Drüse kommt es selbst nach 65 Tagen nicht. Ebenso führte die Unterbindung des Ductus Stenonianus nie zu einer Cystenbildung.

A. Most (Breslau).

---

13) **E. Barth** (Sensburg). Die Hypertrophie der Rachentonsille bei Soldaten und ihre Beziehungen zur Rhinitis hypertrophica und Pharyngitis chronica.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIV. p. 82.)

Verf. hat sich ausschließlich der Rhinoscopia posterior als Untersuchungsmethode bedient, nicht der Digitaluntersuchung, und unterscheidet vier Grade der Ausbreitung des adenoiden Gewebes im Nasenrachenraum. Von diesen vier Kategorien sind die beiden letzten schon als pathologisch zu bezeichnen, d. h. die Rachenmandeln sind bei ihnen schon hypertrophisch zu nennen. Verf. hat 561 Soldaten untersucht. Zur dritten Kategorie gehörig, also mit mäßiger Hypertrophie behaftet, fand er 21,4%, zur vierten (starke Hypertrophie) 3,8%. Es werden dann noch verschiedene Einzelheiten besprochen, wie die Folgezustände der hypertrophischen Rachenmandel, die Hypertrophie der Gaumenmandeln, Beschaffenheit der Rachenschleimhaut und die Formveränderungen des Gesichtsskeletts.

Manasse (Straßburg i. E.).

---

14) **Burghart** und **Blumenthal.** Über die spezifische Behandlung des Morbus Basedowii.

(Therapie der Gegenwart 1903. Nr. 8.)

Ausgehend von dem Gedanken, daß Myxödem und Morbus Basedow gegensätzliche Krankheiten seien, haben Verff. eine größere Zahl Basedowkranker mit Milch und Blut thyreoidektomierter Tiere (Ziegen und Hammel) behandelt und damit gute Resultate erzielt. Die Milch wurde zwecks besserer Haltbarkeit und leichterer und angenehmerer Einnehmbarkeit mit Alkohol gefällt und nach Zusatz gleicher Mengen Milchzucker zu einem Pulver verarbeitet. Das Blut wurde als ein mit Alkohol gefälltes, mit Äther getrocknetes und dann pulverisiertes Präparat gereicht. Subkutan wurden Blutsalzauszüge verwandt.

Weitere Versuche, die ebenso befriedigende Resultate gaben, wurden mit dem Merck'schen Antithyreoidserum Moebius und dem

von den Charlottenburger chemischen Werken aus Milch hergestellten Rodagen gemacht.

Die Grenze der Leistungsfähigkeit der Blut- und Milchtherapie liegt da, wo neben dem im Übermaß gebildeten Schilddrüsengift schwere organische Veränderungen vorliegen. Letztere werden durch die spezifische Therapie entweder gar nicht beeinflußt, oder gar — wie es besonders bei schweren Herzstörungen der Fall ist — verschlimmert. Für schwere Fälle ist die Subkutanmethode der Darreichung durch den Mund vorzuziehen.

Die Menge des darzureichenden Rodagens schwankt von 5 g bis 50 g täglich. **Silberberg** (Breslau).

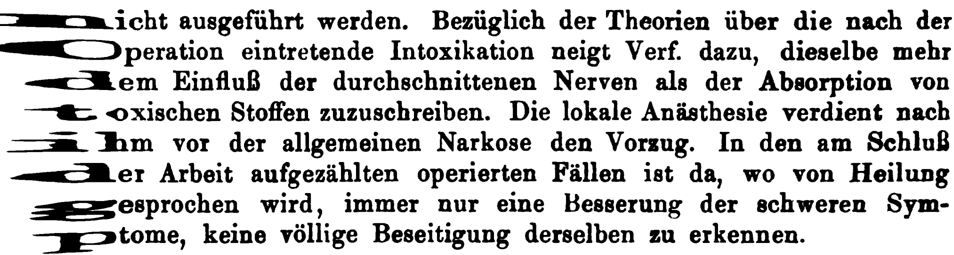
---

15) **F. Curtis.** Thyroidectomy and sympathectomy for exophtalmic goitre.

(Annals of surgery 1903. August.)

Die für den Morbus Basedow in Betracht kommenden Operationen sind nach dem Verf.: 1) Die Entfernung einer Hälfte der Drüse. 2) Die Unterbindung der Arteriae thyreoideae. 3) Die Sympathikusdurchschneidung mit Entfernung eines oder aller drei Ganglien. 4) Die Exothyreopexie. Die letztere Operation besteht darin, daß die Drüse aus den umgebenden Weichteilen herausgeschält und in die Hautwunde gezogen wird, wo sie, durch den Verband bedeckt, behufs Schrumpfung liegen bleibt. Diese Methode ist unsicher und von den Operateuren wieder verlassen worden. Die Unterbindung der Arterien genügt zur Behebung des Morbus Basedow nicht, sie wird nur als vorbereitender Akt in den Fällen ausgeführt werden, in welchen der Zustand des Pat. eine eingreifendere Operation nicht erlaubt. Die Thyreodektomie hat Verf. elfmal ausgeführt mit drei Todesfällen, sechs Heilungen, einer Besserung; einen operierten Fall hat er aus den Augen verloren. Er beschreibt seine Methode der Operation, die nicht von der bei uns gebräuchlichen Kocher'schen abweicht und in der Entfernung einer Hälfte der Drüse besteht.

Die von Jaboulay und Jonnesco populär gemachte Sympathektomie verwandte C. siebenmal; dabei ereigneten sich zwei Todesfälle infolge Schilddrüsensaftintoxikation, ein Todesfall infolge der Narkose. Der Schnitt lag am vorderen Rande des Kopfnickers; nach Durchschneidung des Sympathikus wurden nacheinander das erste, zweite und dritte Halsganglion entfernt, und zwar auf beiden Halsseiten. Verf. empfiehlt jedoch, die beiden Operationen nicht auf einmal, sondern in zwei Sitzungen vorzunehmen. Er glaubt, daß die Sympathikusdurchschneidung eine gleich gute Wirkung wie die halbseitige Entfernung der Schilddrüse habe, wenn auch genügend Erfahrungen hierüber noch nicht vorliegen. Intoxikation durch das Sekret der Schilddrüse könne bei beiden Operationen vorkommen; ist im Urin vor der Operation Eiweiß zu konstatieren, so soll die Intoxikation besonders leicht eintreten und daher die Operation



nicht ausgeführt werden. Bezüglich der Theorien über die nach der Operation eintretende Intoxikation neigt Verf. dazu, dieselbe mehr dem Einfluß der durchschnittenen Nerven als der Absorption von toxischen Stoffen zuzuschreiben. Die lokale Anästhesie verdient nach ihm vor der allgemeinen Narkose den Vorzug. In den am Schluß der Arbeit aufgezählten operierten Fällen ist da, wo von Heilung gesprochen wird, immer nur eine Besserung der schweren Symptome, keine völlige Beseitigung derselben zu erkennen.

Herhold (Altona).

16) **König.** Aphoristische Bemerkungen zum Verlauf und der Behandlung der Friedensschußverletzungen der Lunge.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 32.)

Nach Mitteilung einiger sehr instruktiver Fälle vertritt Verf. die Ansicht, daß der aktiven Behandlung der Lungenschüsse mit erheblichem Bluterguß eine weitere Ausdehnung gegeben werden soll. Er faßt die für ihn maßgebenden Grundsätze der Behandlung der durch die Handfeuerwaffen des Friedens beigebrachten Brustschüsse mit Blutlufterguß in folgende Sätze zusammen:

1) Es kann nur ausnahmsweise gestattet sein, bei schwerer Lungenverletzung mit Blutung in den Thorax bereits kurze Zeit nach der Verletzung einen chirurgischen Eingriff vorzunehmen. (Verdacht von Wandungsblutung [Mammaria usw.].)

2) Wenn sich am zweiten oder dritten Tage nach dem Schuß die Erscheinungen (Atemnot, große Pulsfrequenz, Temperaturerhöhung) steigern, so muß die Eröffnung der Pleura durch Thorakotomie gemacht werden.

3) Eintretende Fiebersteigerungen mit Erschwerung der Respiration erheischen auch in der Folgezeit die Operation. Es handelt sich wohl öfter um eine Pneumokokkeninfektion von den Bronchien aus.

4) Wir halten die Thorakotomie auch für zweckmäßig, ohne daß schwere Erscheinungen dazu zwingen, wenn sie bei vorhandenem Hämothorax am zweiten oder dritten Tage nach der Verletzung oder auch später vorgenommen wird. Sie behütet den Verletzten unter Umständen vor der Infektion des Ergusses von der Lunge aus und beschleunigt die Heilung. Aber die Operation muß streng aseptisch gemacht werden, damit der Verletzte nicht ein Empyem gegen seinen Bluterguß eintauscht.

5) Dauert die Resorption des Ergusses Monate, so kann man eher durch Punktion des Ergusses den Prozeß zu beschleunigter Heilung bringen.

Nur wenn solche Operation vergeblich versucht ist, wäre zu der Schnittoperation zu raten.

Langemak (Rostock).



17) **P. S. Tentschinski.** Über die radikale Behandlung der varikösen Venenerweiterung an den unteren Extremitäten nach Trojanow-Trendelenburg.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 30, 33 u. 34.)

Trojanow in Petersburg machte die Operation schon 1888, unabhängig von Trendelenburg, daher möchte T. die Methode mit dem doppelten Namen belegen. Die Operation wird verhältnismäßig selten ausgeführt — T. fand nur etwa 200 Fälle beschrieben. Er selbst machte dieselbe 21mal mit 67% guten Erfolgen. Nach einer Erklärung des Mißerfolges suchend, studierte T. den Verlauf der Vena saphena magna oben an der Einmündungsstelle in die Vena femoralis an fünf Leichen und bringt die Resultate in schematischen Figuren. In keinem Falle war der Verlauf identisch an beiden Extremitäten derselben Leiche; überhaupt sind die Modifikationen äußerst zahlreich und bestehen in mehr oder weniger frühem Zerfall der Hauptvene in oft zahlreiche Äste, die nach unten immer mehr auseinanderweichen; 8 cm unter dem Poupartbande stehen die äußersten Äste oft schon 8 cm weit auseinander. Bleiben einige der Äste nicht unterbunden, so ist die Operation erfolglos. Der Vorschlag von Herz ist daher zu verwerfen: in der von ihm empfohlenen Höhe stehen die Äste zuweilen schon 20 cm weit voneinander und muß also der Hautschnitt in solchen Fällen 33—34 cm lang sein. T. empfiehlt folgenden Schnitt: man beginnt 4 cm unter der Mitte des Poupartbandes, geht im Bogen (Konvexität nach unten) nach innen und endigt 4 cm unter dem medialen Ende des Bandes. Die größte Entfernung des Schnittes vom Bande ist 6 cm; die Länge 7—8 cm. Aus diesem Schnitte können alle Äste unterbunden werden, während die von oben kommenden (Vv. inguinalis, circumflexa ilei superficialis) frei bleiben.

Nach T. ruft der Militärdienst an und für sich das Leiden nicht hervor; wo es sich ausbildet, existierte es schon vor dem Eintritt in den Dienst. Jede Verdickung der V. saphena magna macht den Rekrutendienst untauglich. **Gückel** (Kondal, Saratow).

Kleinere Mitteilungen.

18) 75. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Kassel. Sektion für Chirurgie.

Ritter (Greifswald). Vortr. macht auf einige zirkulatorische Veränderungen bei der Entzündung aufmerksam, die nur schwer nach den bisherigen Anschauungen über die Entstehung der entzündlichen Hyperämie erklärbar sind: Wenn man an einem Gliede einen entzündlichen Reiz setzt, so tritt nach einiger Zeit eine arterielle Hyperämie ein. Unterwirft man nun das Glied einer starken Stauung, so wird die Haut des ganzen Gliedes tief blaurot, die entzündete Stelle bleibt arteriell hyperämisch. Und ebenso ruft ein entzündlicher Reiz an einem schon gestauten Gliede in der Regel stets eine arterielle, nie eine venöse Hyperämie hervor. Das ist bei Kälte und Wärme, in welcher Form man sie anwendet,

ferner bei elektrischen, chemischen wie mechanischen Reizen der Fall, und dieselbe Beobachtung machte R. bei allen akuten bakteriellen Entzündungen, die der Stauung unterworfen wurden.

Es ist schwer verständlich, warum in allen diesen Fällen das Blut in dem entzündeten Gebiet trotz der starken Erschwerung der Zirkulation nie venös wird. Diese Beobachtung läßt sich auch nicht ohne weiteres durch die Landerer'sche Theorie von der verminderten Elastizität des entzündeten Gewebes erklären, die sonst so ausgezeichnet alle bisher bekannten Veränderungen bei der Entzündung erklärt und darum hier auch allein in Betracht kommt.

Der Einwand, daß es sich vielleicht gar nicht um eine arterielle Hyperämie, sondern um einen hämolytischen Vorgang handelt, der einen ähnlichen Farbenton hervorruft, ist nicht stichhaltig; denn durch zahlreiche Versuche konnte R. nachweisen, daß es nur eine arterielle Hyperämie sein kann.

Es handelt sich demnach um einen komplizierteren Vorgang, der aber analog der reaktiven Hyperämie nach einer Blutleere ist, bei der Bier die gleiche Eigenschaft der Gewebe, sich mit arteriellem Blute zu füllen und sich gegen venöses zu wehren, gefunden hat. Er nannte diese Eigenschaft das Blutgefühl, was also auch den akut entzündeten Geweben zukommt.

Allerdings ist diese Eigenschaft nur relativ. Denn so sehr im allgemeinen das arterielle Blut vorgezogen und das venöse verschmäht wird, so sehr wird, wenn das arterielle Blut nicht genügenden Zugang zum Gliede hat (z. B. bei Blutleere) das venöse angelockt und festgehalten.

Bier hatte das schon für die chronischen Entzündungen nachgewiesen, R. konnte dasselbe bei den akuten Entzündungen und ebenso bei der Hyperämie nach Blutleere feststellen.

Das entzündete Gewebe füllt sich demnach unter allen Umständen (wenn möglich) mit Blut; ist arterielles in genügender Menge vorhanden, so wird dies angelockt und festgehalten, ist das nicht der Fall, auch das venös werdende.

Daß bei diesem Vorgang wirklich eine Art Saugwirkung von dem entzündeten Gewebe ausgeübt wird, scheint aus mitgeteilten Versuchen hervorzugehen. Und diese Wirkung geht vom Gewebe, nicht vom Entzündungserreger aus; denn sie tritt noch ein, wenn die Wirkung des Entzündungsreizes auf das Gewebe und die zirkulatorischen Folgen zeitlich getrennt werden, wenn also der Entzündungserreger gar nicht mehr wirkt.

Die Wirkung, die nun durch den Entzündungsreiz auf das Gewebe ausgeübt wird, besteht nach den Untersuchungen zahlreicher Pathologen stets beim 2. und 3. Grade der Entzündung in einer Schädigung oder Nekrotisierung des Gewebes. Das ist auch für den 1. Grad der Fall. Als Beweis führt Vortr. den Epithelschorf an, den er nie bei irgend erheblicheren Hyperämien der Haut vermißte. Daß es ohne Schädigung des Gewebes keine entzündliche Hyperämie gibt, läßt sich aber noch schöner durch Injektionen von chemischen Lösungen in die Haut in Quaddelform nachweisen. Wir wissen, daß, je mehr die Konzentration der Lösungen von der Konzentration des Blutes und Serums abweicht, sie um so stärkere Schädigung im Gewebe hervorrufen.

R. konnte nun nachweisen, daß in diesen Fällen auch die Hyperämie, die an der Einspritzungsstelle und in der Umgebung entstand, um so lebhafter war; war die Lösung isotonisch, so war die Hyperämie minimal. Bei Einspritzung von Serum war sie am geringsten, bei konzentrierterem Serum wieder stärker.

In der Schädigung des Gewebes liegt also offenbar das Rätsel von der Entstehung der entzündlichen Hyperämie begraben. Wenn man nun nach einer Saugwirkung sich umsieht, die durch die Schädigung der Gewebe entstehen könnte, ist eine solche wohl auffindbar.

Denn durch die Schädigung bei der Entzündung wird die Konzentration der Gewebsflüssigkeit stark erhöht, wie R. durch wiederholte Gefrierpunktsbestimmung nachweisen konnte. Und diese höhere Konzentration muß nach physikalischen Gesetzen einen Strom von dem schwächer konzentrierten Blute nach dem Entzündungsgebiet hin hervorrufen. Daß in der Tat der osmotische Druck diejenige

Kraft ist, die das Blut anlockt, glaubt Vortr. an den kalten Abszessen nachweisen zu können. Sie enthalten ganz besonders reichlich zerfallenes, nekrotisches Material. Nach dem früher Gesagten müßte man also annehmen, daß auch hier eine entzündliche Hyperämie in der Umgebung der Abszesse auftritt. Sie verlaufen bekanntlich aber in der Regel völlig reiz- und schmerzlos und ohne Entzündungshyperämie. Wäre hier der osmotische Druck des Abszeßinhalts erhöht, so könnte die Erhöhung der Konzentration nicht die letzte Ursache der entzündlichen Hyperämie sein. In Wirklichkeit ist aber der osmotische Druck nicht erhöht, sondern stets dem normalen Serum gleich. — Und so spielt offenbar der osmotische Druck eine ursächliche Rolle.

Wir kommen somit wieder zu einer Art Attraktionstheorie, die sehr gut die anfangs besprochenen klinischen und experimentellen Beobachtungen erklärt. Denn es ist leicht verständlich, daß das arterielle Blut, wenn es genügend vorhanden ist, bevorzugt wird, da das arterielle geringere Konzentration hat als venöses Blut, daß aber, wenn nur venös gewordenes zur Verfügung steht, dieses angelockt und festgehalten wird; denn es ist immer noch geringer konzentriert als die Entzündungsflüssigkeit.

Die Landerer'sche Theorie wird dadurch im allgemeinen in ihrer Beweiskraft nicht erschüttert, sie ist aber, wie es scheint, nur unter Berücksichtigung der osmotischen Verhältnisse imstande, alle zirkulatorischen Verhältnisse bei der Entzündung zu erklären. (Selbstbericht.)

Engelhardt (Gießen). Experimentelle Beiträge zur Äthernarkose.

Für die indifferenten Salzlösungen (9,4% Rohrzucker-, 0,9% Kochsalz-, 5,5% Magnesiumsulfatlösung usw.), die mit gewissen Mengen von Äther und Chloroform versetzt werden, bestehen für die Auflösung menschlicher und tierischer roter Blutkörperchen streng gesetzmäßige Beziehungen zwischen dem Gehalt der indifferenten Salzlösung an dem Narkotikum und der Temperatur des Lösungsmittels. Je höher die Konzentration an dem Narkotikum, bei um so mäßigerer Temperatur erfolgt Auflösung der roten Blutscheiben, und umgekehrt, je niedriger die Konzentration, um so höher liegt die Temperaturgrenze, bei der Hämolyse eintritt.

Sowohl beim Tiere wie beim Menschen ist nach längerer Narkose der Schmelzpunkt der roten Blutkörperchen, d. i. die Temperatur, bei welcher durch Schmelzung der hypothetischen Blutkörperchenhülle und Austritt von Hämoglobin die Flüssigkeit lackfarben wird, der indifferenten Salzlösungen um mehrere Grade herabgesetzt.

In ätherhaltigen Salzlösungen erfolgt dagegen Auflösung der während und nach der Narkose dem Tierkörper entnommenen roten Blutscheiben erst bei höherer Temperatur, d. h. die Resistenz der roten Blutzellen gegen das Narkotikum ist erhöht. (Selbstbericht.)

v. Hippel (Kassel). Zur Frage der Catgutsterilisation.

v. H. hat seit 3/4 Jahr das nach der Methode von M. Claudius (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIV p. 489) zubereitete Catgut im Garnisonlazarett Kassel ständig im Gebrauch. Die bakteriologische Prüfung des Materials durch Stabsarzt Dr. Morgenroth ergab, daß das Rohcatgut bereits nach 1/2stündigem Verweilen in der Jodjodkaliumlösung regelmäßig keimfrei war. Bei künstlicher Infektion mit Milzbrandsporen dauerte es 1 1/2 Stunden, bis eine gleich sichere Keimfreiheit erzielt war. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit dem neuerdings von Martina (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXX p. 140) gemachten Angaben. Diese außerordentlich rasche und sichere Wirkung der Methode läßt dieselbe besonders geeignet erscheinen zur Anwendung bei den Sanitätsformationen im Felde.

Auf Grund des günstigen Ausfalls der bakteriologischen Prüfung hat v. H. das Jodcatgut seit November 1902 zu sämtlichen operativen Eingriffen auf der äußeren Station des Garnisonlazaretts benutzt. Und zwar wurde genau nach den Vorschriften von Claudius verfahren, d. h. das Catgut 8 Tage lang in der Lösung gelassen, ehe es in Gebrauch genommen wurde, und dann der zu be-



nutzende Wickel in 3%ige Karbollösung gelegt, um das überschüssige Jod abzuspülen. **Martina** hält letztere Maßregel für unzweckmäßig, da er dem Catgut soviel Jod wie möglich erhalten will, um seine antiseptische Wirkung nicht abzuschwächen. Seine Beobachtung, daß das Karbolwasser nach einiger Zeit braun wird — ein Zeichen für die starke Entziehung an Jod aus dem Catgut — konnte ich nicht bestätigen; es blieb regelmäßig bei einer ganz geringen Gelbfärbung. Ebensowenig konnte ich finden, daß das Catgut im Karbolwasser aufquoll und dadurch rissig wurde. Ich habe mich daher bisher nicht veranlaßt gesehen, von der ursprünglichen Methode **Claudius'** abzuweichen.

Die Konsistenz des Materials wird eine sehr angenehme; die Fäden zeigen eine große Zugfestigkeit, welche die gleiche, vielleicht sogar eine größere als die des Rohmaterials — in meinen Versuchen stets Marke **Wiessner** — ist. Dazu kommt eine Glätte der Oberfläche, welche an die von dünnen Metalldrähten erinnert und eine sekundäre Infektion des Fadens durch die knüpfende Hand, wie dies auch **Martina** betont, sicher erschwert.

Übrigens ist diese Gefahr auch gegenüber auf anderem Wege präpariertem Catgut wesentlich herabgesetzt durch die aktiv antiseptischen Eigenschaften, welche das Material vermöge seines Jodgehalts besitzt, die experimentell von **Claudius** und **Martina** festgestellt worden sind. Letzterer kommt zu der Ansicht, daß diese antiseptische Wirkung nach 48 Stunden erschöpft sei, da das Jod im Laufe dieser Zeit dem Faden entzogen und in den Körpergeweben in chemische Verbindungen überführt werde. Er fand dementsprechend die Fäden nach Ablauf der angegebenen Frist stets entfärbt.

Meine Erfahrungen stimmen damit nicht ganz überein. Ich konnte häufig bei eiternden Wunden, in welchen Unterbindungen mit Jodcatgut gemacht worden waren, noch nach 3—4 Tagen die Ligaturen dunkelbraun in der Wundhöhle erkennen, und es fiel mir dabei auf, daß in einem kleinen Umkreis um jede Ligatur der eitrige Belag der Wunde fehlte — doch sicher ein Beweis der noch vorhandenen antiseptischen Wirkung.

Trotz dieser zweifellos antiseptischen Wirkung des Jodcatguts habe ich eine Gewebsreizung durch dasselbe ebensowenig beobachtet, wie **Claudius** und **Martina**. Letzterer gibt an, daß bei Hautnähten die Umgebung der Stichkanäle während der ersten 4 Tage eine leichte Rötung zeigte. Ich konnte diese Beobachtung nicht machen, da ich das Catgut zu Hautnähten nicht benutzte; ich empfinde bei solchen nicht das Bedürfnis nach resorbierbarem Material.

Damit komme ich zu der letzten wichtigen Frage: der Resorbierbarkeit.

Nach **Martina** ist dieselbe bei dem Jodcatgut derartig erhöht, daß es ihm untauglich erscheint zur Verwendung bei der Hautnaht, bei Vereinigung der Muskeln und Fascien bei Hernio- und Laparotomien, wo man auf Spannung der Gewebe zu rechnen hat, zu Sehnennähten, Unterbindungen größerer Gefäße, sowie zu Stielversorgungen. Dem entsprechen meine Erfahrungen nicht vollkommen. Dieselben wurden gesammelt an folgendem Material: 12 Laparotomien, davon 11 wegen Appendicitis, 1 wegen Stichverletzung des Bauches; 1 Amputatio cruris wegen Tuberkulose des Fußes, 1 Resektion des Sprunggelenks aus dem gleichen Grunde, 1 Castratio wegen Tuberculosis testis, 1 Operation der Varikokele, 2 Exstirpationen eines Ganglion am Handgelenk, 1 solche eines Hygroma bursae praepatellaris, 1 Trepanation des Schädels wegen komplizierter Fraktur, endlich 35 kleinere Eingriffe, wie Drüsenexstirpationen und Inzisionen von Phlegmonen usw. Hierbei hat sich niemals eine zu frühzeitige Resorption des Catguts gezeigt, vielmehr sind sämtliche à froid operierten Fälle von Appendicitis, bei denen stets die Muskel- und Fasciennaht mit Jodkatgut gemacht wurde, ohne Hernienbildung geheilt, was ich für ein hinreichendes Zeichen für die genügende Dauer der Festigkeit des Materials um so mehr halten darf, als ja unsere Soldaten doch Leute im kräftigsten Alter mit besonders straffen Bauchdecken sind.

Bei keinem der genannten Eingriffe habe ich das Herauseitern eines Fadens erlebt; besonders beweisend für die Brauchbarkeit des Materials erschien mir in dieser Hinsicht die Amputation, bei der natürlich eine große Menge von Liga-

turen versenkt und auch die Hauptgefäße mit Jodcatgut unterbunden wurden, sowie die Varikokelenoperation, die ja auch besonders große Ansprüche an die Asepsis stellt.

Auf Grund meiner Erfahrungen glaube ich, daß die Methode von Claudius vermöge ihrer Einfachheit, Billigkeit, Sicherheit und Schnelligkeit in der Herstellung von keimfreiem Catgut berufen ist, an die Stelle der seither geübten, ausnahmslos umständlicheren und kostspieligeren Methoden zu treten.

(Selbstbericht.)

A. Kronfeld (Wien). Ein mit Röntgenstrahlen geheilter Fall von Carcinoma mammae.

Frau N. N., die von Primarius Dr. Schnitzler in Wien dem Institut des Prof. Schiff zugewiesen wurde, bot am 7. Februar 1903 folgenden Status praesens dar: Die ganze linksseitige obere Thoraxhälfte von einem Tumor eingenommen, der breithalsig dem Thorax aufsaß, mit der Unterlage fest verwachsen, zum größten Teil von derber Konsistenz war. Der Tumor zog sich vom linken Sternalrand bis in die Achselhöhle, war dort mit den Drüsen zu einem derben Knollen verwachsen, an der Stelle seiner größten Breite etwa 8 cm breit, an der Stelle seiner größten Höhe 5 cm hoch, mit größtenteils ulzerierter, mit jauchigem Sekret bedeckter Oberfläche, die bei leisester Berührung leicht blutete. An der untersten Peripherie saßen 10—12 haselnußgroße Tumoren, die gleichfalls leicht bluteten. Am Rücken der entsprechenden Seite fünf derbe Knoten von derselben Größe. Unterhalb des Knollens in der Achselhöhle zeigte sich ein taubeneigroßer, kraterförmig vertiefter Defekt mit nekrotischen Rändern und zerfallenem Grunde, von jauchigem Sekret erfüllt. Die Drüsen der Supra- und Infraklavikularpartie zu derben Paketen angewachsen. Pat. leidet sehr unter den lanzinierenden Schmerzen, angeblich seit 11 Jahren.

Die Diagnose des Primarius Dr. Schnitzler lautete: Inoperables Karzinom der linken Mamma mit lentikulären Metastasen in der Haut.

Obwohl wir schon seit langem nach einem derartigen Falle fahndeten, um einen therapeutischen Versuch mit Röntgenstrahlen anzustellen, schien doch ein solcher hier ziemlich aussichtslos. Solatii causa entschlossen wir uns jedoch zu einem Versuch, und schon nach der dritten Bestrahlung ließen die heftigen lanzinierenden Schmerzen wesentlich nach, die jauchige Sekretion verminderte sich. Einige Tage darauf wurde eine photographische Aufnahme angefertigt. Diese stellt bereits ein wesentlich verändertes Bild des ursprünglichen Aussehens dar. Eine gereinigte, fast nicht mehr sezernierende Geschwürsfläche, die Tumefaktion der Thoraxhälfte fast gänzlich zurückgegangen, die Hautmetastasen in Überhäutung begriffen und wesentlich verkleinert.

Bei Fortsetzung der Bestrahlung konnte man fast täglich eine Besserung konstatieren. Mittlerweile traten leichte Reaktionserscheinungen in der Umgebung auf, weshalb Schiff nach der 20. Sitzung diese Behandlung sistierte. Die objektiven Erscheinungen gingen konsequent immer mehr und mehr zurück.

Am 5. Juni sah man mit Ausnahme einiger weniger oberflächlich exkoriierter Partien eine glatte, von leicht erweiterten Kapillaren durchzogene Narbe. Die Hautmetastasen sind geschwunden.

Das subjektive und Allgemeinbefinden der Frau hat sich auffallend gebessert.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Perthes (Leipzig) hat einen deutlichen Einfluß im Sinne der Heilung bei keinem der von ihm bestrahlten Karzinome ausbleiben sehen. Geheilt wurden von acht Fällen von Hautkarzinomen des Gesichts vier, die vier anderen sind noch in Behandlung. Von sechs Fällen von Carcinoma mammae wurde keiner völlig geheilt. In dem günstigsten Falle, wo lokal Heilung des Rezidivs erzielt schien, bildete sich eine Wirbelmetastase aus. Von zwei Fällen von Lippenkarzinom legt P. Photographien vor, welche zeigen, wie das in beiden Fällen mehr als die Hälfte der Unterlippe einnehmende Karzinom nach einmaliger intensiver Bestrahlung (40 Minuten, 10—16 Einheiten des Holzknecht'schen Chromoradiometers) unter

Hinterlassung einer flachen, solide vernarbten Vertiefung der Unterlippe völlig geschwunden ist. Die Fälle sind noch zu jung, um ein Urteil hinsichtlich der Frage der Dauerheilung zuzulassen. Mikroskopische Untersuchung von Probeexzisionen bestrahlter Karzinome in verschiedenen Stadien ergab Degeneration der Krebsepithelien als Folge der Bestrahlung und starke Leukocytenanhäufung um und zwischen den Epithelzellen, welche dann der Resorption verfallen.

(Selbstbericht.)

Schulze-Berge (Oberhausen i. Rheinl.). Heilung Jackson'scher Epilepsie durch Operation.

Vortr. berichtet über folgende Fälle, in denen er wegen Jackson'scher Epilepsie zur Operation geschritten ist.

Fall I: Theodor M. erlitt im Alter von 31 Jahren einen komplizierten Bruch des linken Scheitelbeins. Ein 5 : 7 cm großes Stück wurde fingerbreit hinter der Verbindungslinie beider Gehörgänge 3 cm oberhalb der linken Ohrmuschel aus dem Knochen ausgesprengt. Es trat Bewußtlosigkeit ein und nach Erwachen komplette Lähmung des rechten Armes und Beines. Im Laufe eines Jahres verschwanden die Lähmungen. Knochendefekt heilte bis auf 5 qcm zu.

6 Jahre später Eintritt Jackson'scher Epilepsie, eingeleitet durch sensorische und psychomotorische Aura vom Zentrum der rechten Hand. Parästhesien nach Ablauf des Anfalls. September 1890 Exstirpation des anatomisch bestimmten Zentrums der rechten Extremitäten. — Komplette Lähmung von Arm, Hand und Bein, die nach 14 Tagen zurückgeht. — Paresen und Parästhesien in Arm und Bein sind zurückgeblieben. Epileptische Anfälle nicht wiedergekehrt; Pat. 13 Jahre geheilt.

Fall II: Anna B., 13jähriges Mädchen, bei der Geburt mit dem Forceps geholt. Seitdem unregelmäßiger Defekt am linken Stirn- und Scheitelbein. Im 5. Lebensjahre nach zweimaligem Schlage gegen den Defekt Zuckungen in der rechten Hand, die nach häufigerer Wiederkehr jahrelang verschwinden.

Nach Schreck Auftritt der Jackson'schen Epilepsie, von Zuckungen der rechten Hand eingeleitet. Juli 1895 Deckung des 8 cm langen, 2—5 cm breiten Knochendefekts durch König'schen Haut-Periost-Knochenlappen. Dabei wird die gänseeigroße, porencephalische Cyste, in deren Tiefe der Boden des linken Seitenventrikels freiliegt, eröffnet. Nach der Operation sechs Anfälle in den ersten Tagen. Epilepsie seit 8 Jahren geheilt. Knochendefekt bis auf zwei 10pfennigstückgroße Lücken geheilt. Parästhesien und Schwindelgefühl bei tiefem Bücken noch vorhanden.

Fall III: Steiger V erleidet im Dezember 1896 durch herabfallenden Stein komplizierten Bruch des rechten Scheitelbeins mit Depression und Lähmung der Finger der linken Hand; Depression entfernt. Lähmung geht nach einigen Tagen zurück. Sensibilität der Finger bleibt gestört. 6 Monate später Jackson'sche Epilepsie mit Aura im linken Daumen. September 1897 Exstirpation des elektrisch bestimmten Zentrums der linken Hand. Lähmung der Hand, die nach 5 Tagen zurückgeht. Heilung der Epilepsie 6 Jahre. Störung der Sensibilität der Finger und Schwindelgefühl bei tiefem Bücken noch vorhanden.

Fall IV: Arbeiter E., Epilepsie nach Messerstich in das linke Gehirn. Exstirpation der Narbe, Trepanation. Gehirn durch Schlitz in der Dura mit Schädeldach verwachsen. Schluß des Duradefekts durch Plastik. Epileptische Anfälle wiederholten sich 10 Tage nach der Operation. Pat. wurde ungeheilt entlassen.

Vortr. kann sich der Kocher'schen Ansicht, daß das Wesen der Epilepsie lediglich in Steigerung des Hirndrucks beruhe, nicht anschließen, sondern glaubt, daß außer Steigerung des Hirndrucks auch materielle Veränderungen im Gehirn vorhanden sein müssen, wenn Epilepsie entstehen soll. Bei traumatischer Epilepsie sind die Veränderungen in degenerativen Prozessen der Hirnsubstanz zu suchen. Beim Zustandekommen des epileptischen Anfalls nimmt Vortr. eine gegenseitige Einwirkung der materiellen Läsion der Gehirnsubstanz und der intrakraniellen Drucksteigerung aufeinander an.

Die Wirkung der Kocher'schen Ventilbildung erklärt sich daraus, daß da-

nach der Hirndruck in einer Anzahl von Fällen nicht mehr die nötige Höhe erreichen kann, um den Anfall auszulösen.

Jonnescu's Exstirpation des beiderseitigen Halssympathikus erscheint ihm unzweckmäßig, weil durch dieselbe auch nur eine Herabsetzung des Hirndrucks erreicht wird, jedoch auf einem Wege, der viel gefahrvoller ist, als der von Kocher vorgeschlagene, und der zu dauernder Atrophie der Hirnsubstanz führen muß. (Selbstbericht.)

Möhring (Kassel). Über die ambulante Behandlung der tuberkulösen Wirbelentzündung und die Heilbarkeit der tuberkulösen Kyphose.

Die tuberkulöse Wirbelentzündung ist prognostisch quoad vitam die günstigste Knochentuberkulose. Sterblichkeit weit unter 10%.

Die meist geübte Extensions- und Reklinationsbehandlung ist zu ersetzen durch Druckbehandlung; statt der Streckkorsetts, insbesondere des durchaus unzulänglichen Hessing'schen, sind Druckstützen anzuwenden, die einen zielbewußten Druck von vornherein auf die erkrankte Gegend ausüben. Von größter Bedeutung ist nur die richtige Abstufung des Druckes je nach dem Krankheitsstandpunkte, der Höhe der Kyphose und der Widerstandsfähigkeit der Pat.

Es gelingt auf diese Weise, die Pat. selbst in den entzündlichsten Zuständen ambulant, ohne Bettruhe, zu behandeln und selbst hochgradige Buckel vollständig zu beseitigen. Lähmungen verschwinden ausnahmslos durch diese Behandlung.

Eine reine Extensionsbehandlung behält ihr Recht bei der Halswirbeltuberkulose.

Es werden die Apparate und Kranke in jeder Stufe der Erkrankung und Heilung vorgezeigt. (Selbstbericht.)

Kuhn (Kassel) spricht über seine Apparate zur pulmonalen und peroralen Intubation und pulmonalen Narkose und demonstriert das Verfahren am Ende seines Vortrags. (Im vorigen Jahre in Karlsbad war die Demonstration an der Ungunst der Verhältnisse bekanntlich gescheitert.) Redner zeigt durch den Versuch, wie leicht es ist, selbst ohne Narkose das Tubagerohr einzuführen, wie leicht es vertragen wird (die Magenschlaucheinführungen empfiehlt er als Vorübung), und wie gut es möglich ist, die Narkose durch das Rohr einzuleiten.

Die Apparate, die er zum Zweck der Tubage vorlegt, erklärt er nach vielen Versuchen jetzt als in der Hauptsache vollkommen. Es sind Metallschlauchröhren mit fest ansitzendem Stück für die Zähne.

Die Methode empfiehlt Redner für alle Gesichts-, Nasen-, Rachen- und Mundoperationen, desgleichen für zahlreiche Bauchoperationen (Ileus, Kausch's Dauertamponsonde); als Ersatz für die Maskennarkose in allen Fällen soll die pulmonale Narkose keineswegs dienen; aber in vielen Einzelfällen wird sie sicher ihre Freunde finden, um so mehr, als sie sehr häufig mit minimalen Mengen von Narkoticis zu bewerkstelligen und oft schon nach wenigen Minuten tief ist.

Alsdann Demonstration der Tubage ohne Narkose. (Selbstbericht.)

Kuhn demonstriert seine Methode an einem Manne und einem Mädchen. Bei dem letzteren muß zweifelhaft bleiben, ob das Rohr wirklich in den Kehlkopf gelangte.

Diskussion.

Lipburger (Bregenz) hat sich, um bei fest tamponiertem Rachen die Narkose durchführen zu können, schon im Jahre 1893 an die O'Dwyer'sche Intubationskanüle eine bis vor den Mund reichende, mit einem Gummirohr überzogene Metallspirale anbringen lassen. Zur Einführung dient eine rechtwinklig gebogene Zange, an deren Enden innen zwei Vertiefungen zur Aufnahme des Kanülenrandes angebracht sind. Die Einführung geschah in Narkose stets leicht und reizlos. Mit diesem Instrumentarium hat L. mehrere Oberkieferresektionen und Mundhöhlenoperationen in schiefer Rückenlage und tiefer Narkose ohne jede Störung der Atmung ausgeführt. **Kleinschmidt** (Kassel).



Madelung (Straßburg i. E.). Über Totalexstirpation eines Dermoids des Mediastinum anticum.

M. hat vor 4 Jahren ein Dermoid des vorderen Mediastinum exstirpiert. Die Heilung ist eine dauernde gewesen. Der Fall ist der dritte von erfolgreichen Totalexstirpationen dieser Art (Bastianelli, v. Eiselsberg, mitgeteilt auf dem letzten Chirurgenkongreß. Der Fall von W. Bergmann [Saaz] möchte nicht als Totalexstirpation anzusehen sein.).

Im Juni 1899 ging M. ein 12jähriges Mädchen zu, bei dem seit 6 Jahren Eiterung aus dem Thorax bestand. Es lag kein Grund vor, daran zu zweifeln, daß die vorhandenen Fistelgänge Reste eines typischen Empyems waren. Bei der Operation ging M., Stücke der Rippen ausschneidend, den in den Thoraxraum führenden Fistelgängen nach. Bei der Verfolgung eines an der Vorderseite der Brust nach oben führenden Ganges kam er in der Höhe der 2. Rippe in einen hinter dem Manubrium sterni gelegenen größeren Hohlraum. In diesem fiel ein eigentümliches, zapfenförmiges Gebilde von Form und Größe der Endphalanx des Daumens eines Mannes auf, welches, mit weißglänzender Haut überzogen, von den granulierenden Wänden der Höhle sich abhob. Jetzt wurde klar, daß ein wahrscheinlich bei einem Falle vor 6 Jahren geplatztes Dermoid das Empyem erzeugt und die Ausheilung desselben verhinderte. Unter starkem Anheben des rechten Armes, dem die rechtsseitige Thoraxwand folgte und mittels Vorziehen der linken Brustwand mit Hilfe von in das Sternum eingesetzten Haken wurde es möglich, dem Auge und den Instrumenten Zutritt in das Mediastinum anticum zu verschaffen. Der erwähnte Zapfen und eine gleich große, mit ihm zusammenhängende Geschwulstmasse wurde weggenommen. Die Heilung verlief in ungestörter Weise.

Die Geschwulst war ein sog. kompliziertes Dermoid.

Der Fall zeigt wieder, daß es nötig ist, bei Geschwulstformen dieser Art die Totalexstirpation zu versuchen, und daß dieselbe ausführbar ist.

Die durch die eigentümlichen Verhältnisse des Falles bedingte Art der Freilegung des Mediastinum anticum (Durchtrennung sämtlicher Rippenansätze am Sternum, nachher Auf- und Zurückklappen des Sternum) möchte — wenigstens bei jugendlichen Individuen mit biegsamen Rippen und Rippenknorpeln — für Operationen der verschiedensten Art im Mediastinum anticum sehr gut verwendbar sein. (Selbstbericht.)

Hartmann (Kassel). Über einige ösophagoskopische Fälle.

H. demonstriert einige wohlgelungene Abbildungen von Speiseröhrenerkrankungen, die auf dem Wege der v. Mikulicz'schen Ösophagoskopie gewonnen waren. Im ersten Falle handelte es sich 27 cm hinter der Zahnreihe um ein exulzeriertes Karzinom, das in der Gestalt einer Himbeere ähnlich ist. Im zweiten Falle präsentierte sich in der gleichen Höhe eine über halbkugelförmige, gleichmäßige Vorwölbung, die bei der zweiten Untersuchung, 7 Wochen später, tiefe Furchen auf der Oberfläche zeigte. Mikroskopisch handelte es sich um ein Myom der Speiseröhre. Der dritte Fall ergab ein etwas unregelmäßiges Cardiakarzinom, das sich submukös ausgebreitet hatte. Sehr interessant waren die Bilder eines Ösophagospasmus in verschiedenen Phasen, der, wie es äußerst selten der Fall ist, durch ein markstückgroßes, exulzeriertes Karzinom ausgelöst wurde.

(Selbstbericht.)

(Fortsetzung folgt.)

---

19) A. Orlowski. Zur Kasuistik des Echinokokkus mit seltener Lokalisation.

(Chirurgie 1903. Juni. [Russisch.])

Drei Fälle: 1) Bei einer 27jährigen Frau war die untere Femurepiphyse und der ganze Knochenmarkskanal, sowie das Kniegelenk befallen. Vor der Operation dachte man an Tuberkulose. Amputation des Oberschenkels, Heilung. 2) 22jähriger Mann; die eine tuberkulöse Lymphadenitis vortäuschende Blase saß

am Halse links dem M. sternocleidomastoideus, trapezius, splenius capitis et colli und levator scapulae auf. Heilung. 3) 31jähr. Mann, Diagnose: vereitertes Atherom. Die solitäre Blase saß an der linken Brustwand, entsprechend den letzten zwei Rippen. Heilung. **Gückel** (Kondal, Saratow).

20) **K. S. Villanen.** Ein Fall von Polyarthritis syphilitica.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 25.)

Pat., 32 Jahre alt, hatte vor 5 Jahren ein Ulcus durum penis. Seit 8 Monaten Arthritis in folgenden Gelenken: beide Knie, linkes Schulter- und Talocruralgelenk, linker Fuß, linker Hallux und Dig. V manus s. In der Nabelgegend ein spärliches papulo-pustulöses Exanthem. Das Leiden begann als chronischer Hydrops am Ende kondylomatösen Stadiums; darauf traten in den Knochen gummöse Veränderungen auf (Skiagramm) — Beginn des Stadium gummosum. Also Hydrops chronicus et Osteoarthritis gummosa. Natr. salicylicum, heiße Bäder ohne Erfolg; Jodkalium mit gleichzeitiger Friktionskur gaben bald bedeutende Besserung.

Affektion so vieler Gelenke kommt selten vor, besonders an der Grenze zwischen kondylomatösem und gummösem Stadium.

Gückel (Kondal, Saratow).

21) **Strauss.** Meine Resultate der epiduralen Einspritzungen durch Punktion des Sakralkanals bei Syphilis und den funktionellen Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 28.)

Die epiduralen Einspritzungen von Quecksilbersalzen bei Syphilis hatten heftigere Reaktionen (Druckschmerz in der Kreuz- und Rückengegend, häufiges und erschwertes Urinieren, Arbeitsunfähigkeit für mehrere Tage) zur Folge, so daß die Pat. selbst wieder die früher angewandten intramuskulären Einspritzungen verlangten. S. vermag deshalb zunächst noch nicht über die therapeutische Wirkung der epiduralen Injektionen ein Urteil abzugeben; hält aber immerhin die Methode bei Anwendung besser verträglicher Salze für nicht aussichtslos.

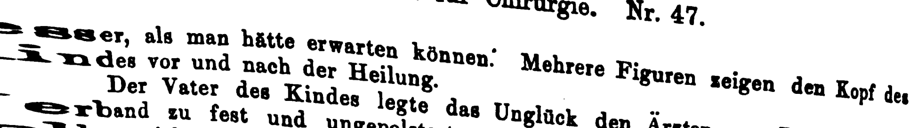
Die Einspritzungen mit 0,01%iger Kokain-Kochsalz-Karbollösung bei den funktionellen Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane (mittels 6 cm langer und 1 mm dicker Platiniridiumnadeln) ergaben bei Enuresis nocturna et diurna, Pollutionen, neuropathischer Polyurie, Impotenz, Neurasthenia sexualis usw. fast stets sehr gute Erfolge, mindestens Besserungen, mehrfach vollständige Heilungen und waren meist nur von geringem Druckgefühl in der Wirbelsäule usw., nicht von Schmerzen begleitet. S. begann stets mit kleinen Dosen (5 ccm) und stieg allmählich nach Pausen von 1—5 Tagen zu größeren Mengen, bis 30 ccm, an. Nachteile wurden bisher niemals beobachtet. **Kramer** (Glogau).

22) **C. Springer.** Schädelnekrose durch Verbanddruck.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 391.)

Einem 13monatlichen Kinde, gesund und mittelkräftig, wurde ein rundes, 2 cm breites Angiom der Haut über dem rechten Scheitelbein exstirpiert, die Wunde genäht und mittels Mitra mit gestärkten Binden verbunden. Am Tage darauf Einsetzen einer akuten Enteritis mit 40° Temperatur, weshalb am 2. Tage Verbandwechsel. Gute Wundbeschaffenheit, neuer Verband mit Stärkebinden. Absinken der Temperatur, ruhiges Verhalten des Kindes. Jedoch zeigt sich beim nächsten Verbandwechsel ausgedehnte Drucknekrose der Schädelhaut, weites Klaffen der Wunde, in deren Grunde der austrocknende Knochen bloßliegt. Das Kind wird jetzt dem Prager Kinderspital (Prof. Bayer) zugeführt, aus welchem über den Fall berichtet wird. Die Abstoßung der ausgedehnten Hautnekrosen (am Parietale und auch kreisförmig an der Stirn entsprechend dem Laufe der schnürenden Bindentouren), sowie beträchtlicher Schädelsequester (am stärksten an der Hinterhauptsschuppe, woselbst eine völlige Schädellücke hinterblieb), ging glatt von statten, und nach allerdings erst 13 Monaten war das Kind hergestellt, noch





besser, als man hätte erwarten können. Mehrere Figuren zeigen den Kopf des Kindes vor und nach der Heilung.

Der Vater des Kindes legte das Unglück den Ärzten zur Last, die den Verband zu fest und ungepolstert angelegt und die Schnürung durch denselben nicht rechtzeitig beseitigt hätten, hat dieselben aber nicht verklagt. S. macht zur Entlastung der Ärzte geltend, daß bei dem Kinde wahrscheinlich die akute Enteritis einen normalen Wundverlauf gehindert hat, und daß durch sie vielleicht ein Ödem der Kopfhaut bewirkt wurde, welches zu einer wesentlichen Druckerhöhung unter dem Verbande führte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

23) **Graf.** Über die Prognose der Schädelbasisbrüche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 464.)

G. hat das einschlägige Material König's aus der Berliner Charité von den Jahren 1896 bis 1902 bearbeitet. Er gibt eine statistische Untersuchung über die Häufigkeit der verschiedenen klinischen Folgen der Schädelbasisbrüche nicht nur während der ersten der Verletzung folgenden Spitalsbeobachtungszeit, sondern erörtert auch insbesondere das spätere Schicksal der Verletzten, von denen ein großer Teil nach Jahr und Tag zu Nachuntersuchungen herangezogen werden konnte.

Die Zahl der beobachteten Schädelbasisbrüche beträgt 90 (gegenüber 83 Konvexitätsbrüchen), worunter 77 Männer und 13 Frauen, und wobei die häufigste Verletzungsursache (63mal) ein Fall aus größerer oder geringerer Höhe war. Es starben an direkten Verletzungsfolgen am 1. Tage 21, am 2.—3. Tage 4, am 6. bis 18. Tage 3 Pat., diese letzten drei an Meningitis, welche mithin selten ist. Die häufigste Begleiterscheinung des Bruches ist Blutung aus Ohr, Nase und Mund, und zwar ist Blutung aus einem Ohr 64mal, aus beiden Ohren 13mal, aus Nase und Mund 39mal gezählt. Dagegen ist Ausfluß von Cerebrospinalflüssigkeit aus einem Ohre nur 6mal, aus der Nase 1mal beobachtet. Blutungen unter die Conjunctiva bulbi und unter die Lidhaut 25mal, Exophthalmus durch retrobulbären Bluterguß 2mal. Von Hirnnervenlähmungen ist die häufigste die des Facialis 24mal notiert. Der gewöhnliche Grund der Nervenlähmungen scheint Kompression durch Blutung zu sein, mit deren Resorption sich auch die Funktion wieder herstellt. Bei den (48) Nachuntersuchten fanden sich noch drei ungeheilte Facialislähmungen. (Andere Hirnnerven s. Original.) Von den allgemeinen Hirnsymptomen ist anfänglicher, völliger Bewußtseinsverlust 74mal notiert, welcher von kurzer Dauer 28mal, von mehrstündiger — bis zu 24stündiger — Dauer 40mal war. Von den letzten Fällen endeten 21 tödlich. Länger anhaltende, starke Pulsverlangsamung 16mal, Aphasie bezw. Paraphasie 3mal, Krämpfe 3mal.

Betreffs der Befunde bei den 48 Nachuntersuchungen ist folgendes erwähnenswert. Die häufigsten Beschwerden bilden Kopfschmerzen, über welche 34 Kranke klagten, und die in 8 Fällen namentlich durch Beklopfen des Schädels ausgelöst wurden. In 16 Fällen waren die Kopfschmerzen fast ständig und machten die Leute zu jeder anstrengenden Arbeit unfähig. 27 Kranke klagten über zeitweise Schwindelerscheinungen, die am häufigsten (in 10 Fällen) bei Rückwärtsbeugen des Kopfes eintraten. Ohrensausen ist 16mal, Gedächtnisschwäche 17mal notiert. Die letztere ist öfter mit einer Herabsetzung der gesamten Intelligenz verknüpft, die 11mal konstatiert ist, darunter 2 Fälle ausgesprochener Demenz. Bei vielen Kranken ist eine Charakteränderung, meist in abnormer Reizbarkeit (15mal) oder auch in deprimiertem Wesen (8mal) bestehend, konstatiert. Über die Funktion der Ohren sind in der Ohrenklinik der Charité eingehende Spezialuntersuchungen angestellt, über deren interessante Ergebnisse besondere Berichterstattung in Aussicht gestellt wird. Hier sei erwähnt, daß von 39 nachuntersuchten Fällen nur 12 normalen Ohrenbefund zeigten. 4mal bestand chronischer Mittelohrkatarrh, nervöse, also auf einer Störung im schallperzipierenden Apparat beruhende Schwerhörigkeit 20mal, somit in der Hälfte der Fälle.

Zum Schluß stehen kurze Auszüge der Krankengeschichten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).



24) **A. J. Grekow.** Ein Fall von Lochfraktur des Orbitaldaches mit Verletzung des Gehirns.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

Ein 18jähriges, betrunkenes Mädchen stieß sich im Fallen den abgebrochenen Griff ihres Schirmes in das rechte Auge.

Während der ersten Untersuchung erbricht Pat. Hin und wieder klonische Zuckungen des rechten Beines. Parese des rechten Facialis. Am inneren Ende des rechten oberen Lides eine Hautwunde, aus der ein Fremdkörper hervorragt.

Mit einiger Mühe wird der Griff des Schirmes mit einem Stück Lidhaut an der Spitze aus der Wunde gezogen. An dem Hautstück wie am Holz Gehirnmasse. Mäßige Blutung aus der Wunde, steht von selbst. Tamponade, trockner Verband.

Es entwickelte sich eine Psychose unter lebhafter Agitation. Die Sprache war undeutlich und schwerfällig. Parese des Facialis und beider Extremitäten rechts. Maximale Erweiterung der rechten Pupille — völlige Erblindung.

Alle Erscheinungen gingen langsam zurück. Die Wunde heilte in 4 Wochen.

Als Pat. nach 7 Wochen entlassen wurde, war sie auf dem rechten Auge blind (und ist es auch bis jetzt — 2 Jahre nach der Verletzung — geblieben). Von der Facialisparese war eine kaum wahrnehmbare Abflachung der Nasolabialfalte geblieben. Sie hinkte ein wenig auf dem rechten Bein.

G. berechnet, daß 10 cm des Stockes ins Hirn eingedrungen sind, und zwar ohne Ventrikel und Basalganglien zu berühren in die linke Hemisphäre bis an das obere Ende des Sulcus Rolandi. **V. E. Mertens** (Breslau).

25) **H. Ström.** Über Pneumatokele cranii supramastoidea.

(Nord. med. Arkiv Bd. XXXV. 3. F. Bd. II. Abt. 1. Nr. 8.)

Die Arbeit, aus der chirurgischen Abteilung B des Reichshospitals zu Christiania stammend, ist ein Übersichtsartikel über diese seltene, kaum 30 beschriebene Fälle umfassende Krankheit und enthält dabei einen vom Verf. vor einigen Jahren operierten Fall, dessen einzelne Details im Original (deutsch) nachgesehen werden müssen. Verf. unterwirft die verschiedenen für die Entstehung der Pneumatokele aufgestellten Theorien einer eingehenden Kritik und weist in der Darstellung nach, inwieweit sie bei seinem Falle anwendbar sind.

Es scheint ihm nicht unwahrscheinlich, daß der chronische Nasenkatarrh mit beständigem Schnupfen und häufigem Niesen, an welchem der 19jährige Pat. immer gelitten hatte, ein mitwirkendes Moment zur Entwicklung einer Pneumocität in dem Proc. mastoideus gewesen war. »Eine starke Exspirationsbewegung, ein Trauma oder vielleicht vom Ohr fortgepflanzte Entzündungszustände (Pat. bekam mit seinem 11. Jahre Schmerzen im linken Ohr mit spärlichem Ausfluß, die nach $^1/_2$jähriger Dauer ohne Behandlung nachließen) schließen sich hieran als mehr zufällige Ursachen für die Entstehung der Pneumatokele.«

Hansson (Cimbrishamn).

26) **C. Bichl** (Wien). Streng umschriebene Entzündungsherde im Schläfenbein.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 34.)

B. beobachtete vier Fälle von akuter Erkrankung des Warzenfortsatzes, bei welcher die Erscheinungen von seiten des Knochens vorherrschend, die Beteiligung der Paukenhöhle ganz untergeordnet, scheinbar überhaupt nicht zu berücksichtigen war, aber trotzdem nicht eine primäre Ostitis vorlag. Zum Schluß empfiehlt B. die Ausfüllung der nach der Operation solcher Warzenfortsatzerkrankung zurückbleibenden großen Knochenhöhle mittels der v. Mosetig'schen Jodoform- oder Vioform-Plombenmasse mit nachfolgendem Nahtverschluß der Weichteilwunde. **Kramer** (Glogau).



27) **J. H. Thierry** (Valparaiso). **Zur Kasuistik des Exophthalmus pulsans.**

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXVIII. p. 577.)

Mitteilung von zwei Fällen eigener Beobachtung, beide traumatischen Ursprungs. In Fall 1, wo außer Lähmungen am Abducens, Facialis, Oculomotorius sehr starke Bulbusvortreibung und hochgradige subjektive Sausegeräusche im Kopfe vorhanden waren, wurden Carotis communis und interna gleichzeitig unterbunden. Alsbaldiges Einsinken des Bulbus und Schwinden der Pulsation und des Geräusches. Doch stellten sich 14 Tage später hochgradige psychische, motorische und sensorielle Störungen ein, die lange anhielten. Nach Jahr und Tag ist das Auge leicht vorgetrieben, aber ohne Pulsation und normal beweglich. Ganz schwaches Ohrensausen. Pat. ist arbeitsfähig, hat aber etwas Schwäche im Arm zurückbehalten. Fall 2 ist nicht operiert, aber von Interesse, da das Leiden hier beidseitig war. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

28) **P. Haushalter et P. Jeandelize. Notes sur un centre ancien d'endémie crétino-goitreuse dans une commune de Meurthe-et-Moselle.**

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 42.)

Die Verff. bieten eine interessante demographische Skizze dar, welche sich auf Veröffentlichungen aus dem Anfang und der Mitte des vorigen Jahrhunderts, sowie auf Studien der Departementsarchive stützt. In der Gemeinde Rosières, in der Nähe von Nancy, einer fruchtbaren, sonnigen, kultivierten Gegend, ist seit undenklichen Zeiten der Kropf und der Kretinismus endemisch. Ein Arzt aus den Zeiten des ersten Kaiserreichs beschreibt bei den Bewohnern: un empâtement, une flaccidité et une mollesse dans les chairs, womit die moderne Beschreibung des Myxödem genau übereinstimmt.

Interessant ist, daß unter dem Einfluß besserer hygienischer Zustände die Endemie allmählich abnimmt, wie aus der folgenden Tabelle hervorgeht. Es fanden sich an Individuen, die durch kleinen Wuchs und Kropf ausgezeichnet waren, in Rosières.

1813—1822 = 56,1%,
1822—1832 = 33,6%,
1832—1842 = 27,2%,
1842—1852 = 15,7%,
1852—1862 = 15,1%,
1862—1872 = 8,2%.

Näheres über die Gründe der Endemie, über das Zurückgehen derselben, über Vergleiche mit anderen kretinreichen Gegenden muß im Original nachgelesen werden. **W. Sachs** (Mülhausen i. E.).

29) **P. Sebileau. L'oesophagotomie externe appliquée chez l'enfant à l'extraction des pièces de monnaie.**

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 43.)

Verf. hatte Gelegenheit, binnen wenigen Monaten fünf Fälle von Fremdkörpern (verschluckten Münzen) in der Speiseröhre zu beobachten und vier davon zu operieren.

Die Speiseröhre der Kinder bis zum 8. Lebensjahre läßt sich im queren Durchmesser höchstens bis 25 mm erweitern. Da die kleinste französische Münze, das Fünfcentimesstück, 25 mm im Durchmesser mißt, erklärt es sich, daß diese Münzen gleich an der ersten Stelle in der Speiseröhre stecken blieben; unter zwölf Fällen, die Channac gesammelt hat, elfmal genau am Anfang des Brustteiles der Speiseröhre. An dieser Stelle zeigte die Röntgenphotographie auch von den fünf Fällen S.'s die Münze viermal; nur einmal, bei einem schon 9jährigen Mädchen, saß sie etwas tiefer, in der Höhe des Pulmonalstiels, eingekeilt. — Da die Münzen stets sich quer einstellen, bleiben die vordere und Rückwand der Speise-

röhre von den Folgen des Fremdkörperdruckes unberührt und kann vor und hinter der Münze Nahrung vorbeigleiten.

Die anatomischen Veränderungen, welche S. bei der Operation seiner Pat. antraf, entsprachen nicht den gewöhnlichen Schilderungen der Lehrbücher. Er fand keine Ulzeration der Schleimhaut oder Eiterung, sondern: Verdünnung und Erweichung der Speiseröhrenwand und entzündliche, aber nicht eitrige Reaktion des die Speiseröhre umhüllenden Bindegewebes, die erst zur Verlötung ihrer Wand mit der Gefäßscheide, später mit der Karotis selbst führte.

Die Grenzen der Gebilde sind dann schwer voneinander zu unterscheiden, und nur mit äußerster Vorsicht gelang S. in zwei Fällen die Ablösung der Karotis von der Speiseröhre, ohne sie anzureißen.

Aber die entzündlichen Veränderungen können selbst nach Entfernung des Fremdkörpers durch Ösophagotomie noch durch Übergreifen auf den N. recurrens gefährlich werden: In dem einen der S.'schen Fälle, bei einem 3jährigen Kinde, kam es 8 Tage nach der Operation zu Erstickungsanfällen, die zwar schließlich noch ohne Eingriff vorübergingen, aber doch längere Zeit von Heiserkeit gefolgt waren; im zweiten wurde bei einem zweijährigen Kinde 14 Tage nach der Ösophagotomie die Tracheotomie notwendig, und konnte die Kanüle erst nach Monaten wieder entfernt werden.

Die durch die Fremdkörper verursachten Störungen waren in allen fünf Beobachtungen verhältnismäßig gering, bei dem einen Kinde so gering, daß die Eltern die Operation verweigerten. Von den vier anderen Kindern wurde das eine 23 Tage, das zweite 5 Wochen, das dritte 10 Tage, das vierte 5 Tage nach Verschlucken des Geldstückes operiert. In keinem Falle versuchte S. vorher die Extraktion auf natürlichem Wege, da er sie für gefährlicher wie die Ösophagotomie erachtet. Sofern die Möglichkeit der Skiagraphie gegeben ist, verwirft er auch die Untersuchung mit Instrumenten als nicht ungefährlich und zuweilen unsicher; freilich empfiehlt er in jedem Falle die Existenz des Fremdkörpers im Ösophagus noch einmal, unmittelbar vor der Operation durch Skiagraphie zu kontrollieren, da er einmal, gestützt auf ein von dem Pat. bereits mitgebrachtes Skiagramm, vergeblich operierte; ein sogleich neu aufgenommene Photographie zeigte die Münze nun im Bauch.

S. rät, bei der Operation den Hautschnitt am vorderen Rande des Sternomastoideus möglichst tief bis zur Incisura sterni und lang zu machen, in der Tiefe wegen der vorhandenen Periösophagitis stets sehr schonend und präparierend vorzugehen, den N. recurrens freizulegen, die Speiseröhrenwunde zu nähen und nur ein Drain bis zur Nahtstelle zu führen. Bei zwei seiner Pat. erzielte er Heilung per primam, bei dem dritten kam es zu einer geringen lokalen Entzündung mit Ausfluß von Eiter und Milch aus dem Drainrohre; sie heilte nach Entfernung der Hautnähte rasch. Nur in einem Falle, in welchem die Wand der Speiseröhre bei der Operation bereits sehr brüchig war, mußte er wegen Eiterung die ganze Wunde wieder öffnen, erzielte aber auch Heilung. **Reichel** (Chemnitz).

30) **L. E. Mandelberg.** Resektion des Ösophagus, temporäre Fistel; Ösophagoplastik.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

Der 55jährige Pat. klagte seit 2 Jahren über Schluckbeschwerden. Seit 6 Monaten vermochte er nur noch Flüssigkeiten zu sich zu nehmen. Speisen blieben im oberen Teile des Ösophagus stecken. Starke Abmagerung. Die Sonde stieß 15 cm hinter der Zahnreihe auf ein Hindernis, das nur mit einem 2 mm starken Bougie zu überwinden war. Laryngoskopisch nichts Abnormes. Die Diagnose lautete: Karzinom im oberen Drittel des Ösophagus.

Erste Operation (S. G. Schalita) am 24. Januar 1902. Chloroformnarkose. Schnitt, 8 cm, am vorderen Rande des linken Sternocleidomastoideus. Die Neubildung hat die Serosa der Speiseröhre nicht ergriffen, die ihrerseits mit der Umgebung nicht verwachsen ist. Die Speiseröhre wird energisch nach oben gezogen und eine Fistel angelegt, durch die Pat. ernährt wird. Er kräftigt sich schnell,



so daß am 27. Februar zur zweiten Operation (Schalita) in Chloroformnarkose geschritten wird. Die Speiseröhre wird bis an den Kehlkopf freigelegt, der Länge nach aufgeschlitzt und dann in einer Ausdehnung von 5 cm exstirpiert. Die Geschwulst sitzt an der hinteren Wand.

Darauf wird ein Hautlappen von drei Querfingern Breite und der doppelten Länge des Defektes derart gebildet, daß seine Basis in Höhe des oberen Wundwinkels liegt, seine Spitze 3—4 cm unterhalb des Schlüsselbeins. Der Lappen wird mit der Epidermis nach außen als hintere Ösophaguswand in die Wunde gelegt und an den unteren Speiseröhrenstumpf angenäht.

Nachdem sich ein großes Stück des Lappens abgestoßen hat, wird am 25. März ohne Narkose aus dem Rest ein neuer Lappen gebildet und an den oberen Speiseröhrenstumpf genäht.

5. April Durchtrennung der Basis und Annähen derselben an den unteren Stumpf.

Jetzt heilt alles an, Pat. wird durch den Mund sondiert.

Letzte Operation (Schalita) am 18. August in Chloroformnarkose. Ein schmerzhafter Knoten am Ringknorpel wird entfernt — karzinomatöse Drüse. Die Wunde ist zu einem schmalen Spalt geworden. 2 cm von ihm entfernt werden beiderseits parallele Längsschnitte gemacht, die Hautlappen freipräpariert, einwärtsgeklappt, vernäht und so das Speiserohr geschlossen. Heilung per primam bis auf eine kleine Fistel. Pat. kann alles schlucken.

Am 18. September plötzlich Posticuslähmung, die am 23. September zur Tracheotomie führt.

Am 8. Dezember Entlassung mit Trachealkanüle. Es besteht noch eine kleine Fistel, aus der beim Schlucken von Flüssigkeit einige Tropfen dringen.

Ende Januar 1903 befindet Pat. sich wohl, schluckt frei.

V. E. Mertens (Breslau).

31) Döbbelin. Ein Fall von Darmruptur und Lungenabszeß.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1903. Hft. 8.)

Ein Husar erhielt einen Hufschlag vor den Bauch; bei seiner Aufnahme ins Lazarett bestand bretharte Spannung der Bauchdecken, Dämpfung in den abhängigen Teilen des Bauches, Kleinheit und Beschleunigung des Pulses. Laparotomie in der Mittellinie 3 Stunden nach dem Unfall; 2 cm oberhalb der Bauhin'schen Klappe fanden sich zwei Löcher im Dünndarm und erhebliche Blutunterlaufungen in deren Umgebung und am Mesenterium. Resektion eines 12 cm langen Dünndarmstücks, Vereinigung der Darmenden durch zirkuläre Naht, Reinigung der Bauchhöhle und völliger Verschluß derselben.

8 Tage nach dieser Operation Fieber und eitriger Auswurf, sowie Dämpfung unterhalb des rechten Schulterblattwinkels. Probepunktion zunächst ergebnislos, erst als die Spritze bis ins Lungengewebe geführt war, wurde jauchig riechende Flüssigkeit aufgesogen. Im Anschluß an die Punktion entstand eine Phlegmone der Brustkorbwand an der betr. Stelle. 4 Wochen nach der Laparotomie wurde der Lungenabszeß unter Resektion zweier Rippen entleert, die Pleurahöhle war bereits in der Umgebung des Lungenabszesses verwachsen. Hiernach ungestörter Heilungsverlauf und völliges Schwinden des eitrigen Auswurfs und des Fiebers.

Verf. nimmt an, daß außer dem Unterleibe auch der Brustkorb durch den Hufschlag gequetscht worden sei, und daß sich infolgedessen eine katarrhalische Lungenentzündung mit Ausgang in Abszeß ausgebildet habe.

Herhold (Altona).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 48. Sonnabend, den 28. November. **1903.**

(Aus dem städtischen Krankenhaus zu Hildesheim.)

„Diatomea“, ein Heizmittel für den Paquelin'schen Thermokauter.

Von

Dr. med. **Ernst Becker,**
Oberarzt.

Der im Jahre 1876 von Paquelin eingeführte Platin-Brennapparat hat bei seinen bedeutenden Vorzügen vor dem alten klassischen Glüheisen auch mancherlei Nachteile, insbesondere den, daß seine Glühwirkung durch die ihm anhaftenden verkohlten Blut- und Gewebsmassen erheblich beeinträchtigt wird, und folglich schnell ein Erkalten des Brenners sich einstellt. Dazu kommt die Explosionsgefahr des Benzins.

Seit 2 Jahren wird nun, wie ich aus Anpreisungen und Empfehlungsschreiben ersehe, in der Holzbrandtechnik unter dem Namen Diatomea[1] ein Mittel in den Handel gebracht, welches, soweit ich

[1] Alleiniger Generalvertreter Emil Kohm in Karlsruhe. D. R. P. 110324. Preis einer Dose 1 Mark.

unterrichtet bin, seinen Einzug in die chirurgischen Operationssäle noch nicht gehalten hat. Eigene günstige Erfolge veranlassen mich, den Fachgenossen einen Versuch mit dem Mittel zu empfehlen. Es stellt eine sehr leichte und poröse, rehbraun gefärbte, klumpige, geruchlose Masse dar, welche unter dem Mikroskop Diatomeen verschiedenster Art erkennen läßt. Die Masse[2] ist unverbrennbar und in der Leuchtgasflamme auch unschmelzbar, nimmt aber beim Glühen eine weißliche Farbe an. Sie ist unlöslich in Wasser, Spiritus, Benzin und Säuren und wird nur von kochender Salzsäure etwas angegriffen (Kalkgehalt). Vor dem Lötrohre zeigt sie ganz das Verhalten der Kieselsubstanz. Sie wird also im wesentlichen wohl aus Kieselgur bestehen.

Diese Masse füllt man in die Benzinflasche des Paquelin'schen Apparates und begießt sie mit soviel Benzin, als aufgesaugt wird. Das drüberstehende Benzin muß abgeschüttet werden, so daß keine Flüssigkeit in der Flasche zurückbleibt. Bei häufigerem Gebrauche ist von Zeit zu Zeit etwas Benzin nachzufüllen, aber stets dafür zu sorgen, daß kein Überschuß vorhanden ist. Schon hieraus ergibt sich, daß eine Explosionsgefahr ausgeschlossen ist; man bemerkt kaum einen Benzingeruch in der Brennflasche. Endlich verbraucht sich das Mittel nicht, braucht also nur einmal angeschafft zu werden. Der Erfinder schätzt daher die Ersparnis an Benzin auf 40—50%.

Die Wirkung beruht offenbar darauf, daß das Benzin infolge der Aufsaugung in die poröse Substanz sehr fein verteilt wird und seine Gase sich folglich viel inniger mit der atmosphärischen Luft mischen, welche durch das Gebläse eingetrieben wird. Hierdurch wird eine bedeutend höhere Glühhitze und daher auch eine viel vollkommenere Verbrennung erzeugt. Bei den bekannten Brandmalereien empfindet man es sehr angenehm, daß das Holz nicht, wie bei Verwendung des gewöhnlichen Brennapparats, unter sehr starker Qualmentwicklung unvollkommen verbrennt und verkohlt, sondern es schlagen von Zeit zu Zeit hohe Flammen auf, die sofort wieder erlöschen; die Rauchentwicklung ist sehr viel geringer. Wegen der starken Glühhitze kann das Gebläse viel langsamer, folglich auch viel müheloser bedient werden. Ich habe sogar das Gebläse $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$ Minute außer Betrieb setzen und dann doch noch wieder den Brenner zum Erglühen bringen können. Auch ließ sich der Apparat, nachdem er 3 Wochen lang unbenutzt und ohne Benzinüberschuß gestanden hatte, ohne weiteres wieder verwenden. Die dem Glühstift anhaftenden verkohlten Blut- und Gewebsmassen verbrennen in wenigen Sekunden vollständig und fallen ab.

Nach meinen Erfahrungen glaube ich also die dem Mittel nachgerühmten Vorzüge (Sicherheit gegen Explosionsgefahr, stärkeres und gleichmäßigeres Glühen des Brenners, rascheres Arbeiten

[2] Nach gütiger Mitteilung des Herrn Prof. Dr. Röver hierselbst.

bei geringerer Rauchentwicklung, fast vollständiger Wegfall des Benzingeruches und sehr bedeutende Benzinersparnis) bestätigen zu können.

---

1) **Blake.** The treatment of the peritoneum in diffuse peritonitis.

(Annals of surgery 1903. August.)

Verf. unterscheidet drei Formen der septischen, eitrigen Bauchfellentzündung: 1) Fälle, in welchen ein abgegrenzter Eiterherd vorhanden ist. 2) Solche mit allgemeiner ausgebreiteter Entzündung, in welchen die Grenzen der Ausdehnung der Entzündung übersehbar sind. 3) Solche, in denen das ganze Bauchfell ergriffen ist. Bei der Behandlung der beiden letzteren verfolgt Verf. die Prinzipien, möglichst schnell die Ursache der Entzündung zu beseitigen und das Bauchfell unter möglichst günstige Bedingungen für die Elimination der infektiösen Stoffe zu bringen. Die Gefahr der Narkose und des Operationschoks ist geringer als die der weiter bestehenden Infektion. Im Anschluß an die Operation gießt B. in die Bauchhöhle große Mengen warmer Kochsalzlösung, die er teils durch Austupfen wieder entfernte, teils auch in der Bauchhöhle beließ. Ein Unterschied in den Heilungserfolgen konnte bezüglich des letzteren Punktes nicht festgestellt werden. Nach seinen an 17 Fällen gesammelten Erfahrungen ist es besser, die Bauchhöhle ohne Drainage zu schließen, als durch Gazestücke oder Drainröhren zu drainieren. Er hält es für unmöglich, alle Taschen zu drainieren; dazu werden die Drains durch Verklebungen bald verschlossen. Nur da, wo abgestorbene Gewebsteile in der Bauchhöhle sind, soll drainiert werden.

Herhold (Altona).

---

2) **Faber.** Über Appendicitis obliterans.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XI. Hft. 4.)

Während ein großer Teil der Autoren die so häufig bei Sektionen zu findende Verödung des Wurmfortsatzes als ein physiologisches Rückbildungsphänomen betrachten, halten andere dieselbe für ein Produkt entzündlicher Vorgänge, für das Resultat einer Appendicitis obliterans. F. teilt 5 eigene Fälle der letzteren Art mit, in denen es sich zweifellos um alle klinische Erscheinungen der Appendicitis gehandelt hat, so daß man die Wurmfortsätze entfernen mußte. Deren mikroskopische Untersuchung ergab, daß am Übergang vom offenen in den obliterierten Teil sich deutliche Entzündungsprozesse nachweisen ließen; findet man das Resultat einer solchen Entzündung als zufälligen Sektionsbefund, so kann man diese entzündlichen Vorgänge nicht mehr konstatieren. Ihr Fehlen bei zufälligem Sektionsbefund beweist also nichts gegen die Entstehung der Verödung aus entzündlichen Prozessen. Klinisch unterscheiden sich die Fälle von Appendicitis obliterans nicht von denen ohne Verödung. Oft bilden



sich dabei bedeutende Verwachsungen, aber auch ohne diese kann eine Appendicitis obliterans starke und andauernde Symptome machen; sie kann in ihrem Verlauf ausgesprochene Anfälle akuter Appendicitis veranlassen, wie andere chronische Appendicitiden. In einigen Fällen kann das Leiden als larvierte Appendicitis auftreten, ohne akute Anfälle, und ohne daß sich Schmerzen und Empfindlichkeit auf die rechte Fossa iliaca lokalisieren. **Haeckel** (Stettin).

---

3) J. Silhol. L'examen du sang en chirurgie et en particulier au point de vue du diagnostic et prognostic de l'appendicite.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1903.

S. hebt die Wichtigkeit der systematischen Blutuntersuchung, Zählung der weißen und roten Blutkörperchen, Bestimmung des Hämoglobingehalts, für die Diagnose der chirurgischen, infektiösen Erkrankungen vor allem des Bauches hervor, er erklärt die Befunde und gibt eine ausführliche Deutung derselben. Bei Geschwülsten gibt die Blutuntersuchung keine praktischen Resultate, mit Ausnahme vielleicht des Magenkarzinoms, wo sie indirekt zur Diagnose verhelfen kann. Hat ein Magenkranker einen mindestens um die Hälfte verminderten Hämoglobingehalt, Verminderung und event. Gestaltsveränderung der roten Blutkörperchen bei einer Leukocytose von mindestens 15—20000, in der auffallend reichlich mononukleäre Elemente vorhanden sind, so soll diese Trias für eine bösartige Neubildung sprechen!

Nachdem Verf. den Einfluß der Operation, Narkotika, Chloroform und Äther, und der Blutung besprochen hat, weist er noch ganz besonders auf die Bedeutung des Blutbefundes vor und nach der Operation hin, dessen Feststellung er für ebenso wichtig wie die Urinuntersuchung hält. Vor derselben läßt die Blutuntersuchung »die Gefahr der Narkose und die Septizität der Affektion erkennen und unterscheiden, ob der Augenblick zur Operation à froid gekommen ist, 48 Stunden nach derselben (früher ist sie zu unzuverlässig) kann sie Aufschluß geben über eine Blutung oder Infektion und auch darüber, ob ein Darmverschluß gut- oder bösartig ist«.

Bei der Appendicitis kann die Blutuntersuchung nicht diejenigen Fälle, die man exspektativ behandeln will, von denen, wo sofort eingegriffen werden soll, abgrenzen, aber sie sagt uns, dies ist trotz der schweren Symptome ein leichter Fall, dies ist ein sehr gefährlicher und dies ist ein gewöhnlicher, mittelschwerer. Der Chirurg, der sich nur auf den Blutbefund verläßt, dürfte sehr bald in die Brüche kommen; der Gesamteindruck, das klinische Bild muß mit berücksichtigt werden. Leichte Verminderung des Hämoglobingehalts und beträchtliche Leukocytose findet sich bei den gewöhnlichen, mittelschweren Fällen mit oder ohne Abszeß. Sinkt hier in 48 Stunden

die Zahl der Leukocyten plötzlich rapid, während der Allgemeinzustand schlechter wird, so wird die Prognose sehr trübe; sie ist gut, wenn die Abnahme der Leukocyten mit stationärem oder sich bessernden Status zusammenfällt. Die leichte Form bietet den Befund der vorstehenden, aber abgeschwächt und von kurzer Dauer. Die dritte Art, die toxische, charakterisiert sich durch den völligen oder fast völligen Mangel einer Leukocytose und starke Verminderung des Hämoglobingehalts. Steigt in den leichten und mittelschweren Formen die Leukocytose beträchtlich, 30000 und mehr, so muß man Abszeßbildung annehmen, obwohl auch große Abszesse ohne jede Leukocytose vorkommen. Die leichte und die toxische will S. sofort operiert sehen, bei der mittelschweren gewöhnlichen wartet er, wenn es irgend geht, unter steter Blutkontrolle das »Refroidissement« ab, um dann erst zu operieren. Nur bei bedrohlicher Verschlimmerung operiert er im Anfall.

Müller (Dresden).

---

4) **Lewisohn.** Über die Tuberkulose des Bruchsacks.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XI. Hft. 5.)

L. bringt 4 Fälle: 3 von Alsberg operierte und 1 bei einer Sektion gefundenen. Er stellt dann aber 58 in der Literatur niedergelegte Fälle zusammen, jeden genau referierend, gewiß dankenswert bei der Zerstreutheit des literarischen Materials.

Auf dieser Grundlage entwirft er ein abgerundetes Bild der Affektion, der Möglichkeit der Diagnosenstellung, ihrer Heilaussichten und -erfolge. Einige Punkte seien besonders hervorgehoben. 46mal handelte es sich um Leistenbruch, 8mal um Schenkel-, 1mal um Nabelbruch, während in den übrigen Fällen über den anatomischen Sitz des Bruches nichts bemerkt wurde. 54mal war die Bruchsacktuberkulose einseitig, 8mal doppelseitig. Für die Frage, ob es eine auf den Bruchsack isolierte Tuberkulose gibt oder nicht, können naturgemäß nur Fälle in Frage kommen, in denen die Sektion Aufschluß über das Verhalten aller Organe gibt, und da zeigt sich, daß stets anderweite Tuberkulose bestand. Bauchfelltuberkulose ließ sich sehr oft klinisch vor der Operation oder bei dieser nachweisen. Meistens war der Bruchsack leer oder mit Serum erfüllt, nur in 11 Fällen war Netz oder Darm im Bruch, meistens auch tuberkulös erkrankt, oft stark verwachsen. Die Heilung nach der Operation war meistens eine glatte, und selten blieben Fisteln zurück. Der Allgemeineffekt auf die daneben bestehende Bauchfelltuberkulose war, ähnlich wie bei Laparotomien wegen letzterer, in der Regel ein günstiger. Genau entsprechend den allgemein angenommenen verschiedenen Erscheinungsweisen der tuberkulösen Peritonitis kann man auch bei der Bruchsacktuberkulose eine ascitische Form, eine knotige und eine trockene, adhäsive unterscheiden.

Haeckel (Stettin).



5) **E. Pólya** und **D. v. Navratil.** Untersuchung über die Lymphbahnen des Wurmfortsatzes und des Magens.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 421.)

Verff. haben ihre Untersuchungen mittels der Gerota'schen Injektionsmethode in der Budapester Anatomie an Leichen Neugeborener angestellt, worüber hier eingehend berichtet wird. Am Wurmfortsatz hat der Verlauf der Lymphbahnen kein großes praktisches Interesse. Die Lymphgefäße desselben schließen sich sämtlich der Art. appendicularis an und ziehen in eine an der Basis des Mesenteriolum um den Endzweig der Art. ileocolica herumliegende Drüsengruppe. Zum Mesocolon oder Lig. appendico-ovaricum ziehende Lymphgefäße fanden die Verff. nicht.

Die Untersuchungen über die Lymphgefäße und Drüsen des Magens haben die diesbezüglichen Befunde von Most und Cuneo im wesentlichen bestätigt. Auch die Verff. fanden die Lymphgefäße und Drüsen dem Verlaufe der Blutgefäße folgend, so daß sie nach den letzteren gruppiert werden können in: 1) Drüsen längs der Art. coronaria sup. sin. (an der kleinen Kurvatur und neben der Kardia), 2) Drüsen entlang der A. hepatica und gastroduodenalis (hinter und unterhalb des Pylorus), 3) solche längs der A. lienalis (von geringster Bedeutung, 4) am oberen Rande des Pankreas nächst der Verzweigung der Coeliaca. Die hier und in der Gekröswurzel liegenden Drüsen sind als Endstationen der Magenlymphgefäße zu betrachten. Betreffs der Häufigkeit der Krebsinfektion der verschiedenen Drüsengruppen werden Lengemann's einschlägige Befunde referiert, in praktischer Beziehung wird Borrmann beigestimmt, welcher für die Krebsoperation die Entfernung eines tunlichst großen Stückes von der kleinen Kurvatur und eines einige Zentimeter langen Endes vom Duodenum verlangte. Hierdurch wird auch die Exstirpation der sub- und retropylorischen Drüsen erleichtert. Auch sprechen die anatomischen Befunde zugunsten der Gastrektomie gegenüber der Resektion, sowie für die Wichtigkeit der frühzeitigen Karzinomdiagnose und im Zweifel für die Probelaparotomie. — Mehrere Abbildungen sind der Arbeit beigefügt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

6) 75. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Kassel. Sektion für Chirurgie.

(Fortsetzung.)

Bertelsmann (Kassel). **Zur Behandlung der eitrigen Peritonitis und der Fettgewebsnekrose des Peritoneums.**

B. bespricht, wie die neueren theoretischen Forschungen auf dem Gebiet der Peritonitis bei der praktischen Behandlung dieses Leidens zu verwerten seien. Er führt an: Friedrich's Untersuchungen über die Beteiligung der Anaeroben

bei der Peritonitis, die Arbeit Heineke's über die Ursache des Kollapses bei der Peritonitis (Lähmung der Innervation der peripheren Gefäße, besonders der des Splanchnicusgebiets, »Verblutung des Peritonitiskranken in das Gefäßgebiet des Splanchnicus, Leerpumpen des Herzens«), und die Arbeiten über die Resorption von Bakterien ins Blut bei der Peritonitis. Hier teilt B. die Resultate seiner eigenen umfangreichen bakteriologischen Blutuntersuchungen beim Menschen mit, aus denen ihm hervorzugehen scheint, daß die Resorption von Bakterien ins Blut be der Peritonitis von der Art dieser Bakterien und des von ihnen veranlaßten Exsudats abhängig ist, und daß bei der intestinalen Peritonitis mit ihrem meist jauchig-eitrigen oder fibrinös-eitrigen Exsudat für gewöhnlich mit einer Bakteriämie nicht zu rechnen sei. Die Toxinämie veranlasse also die von Heineke festgestellten Gefäßerweiterungen, was mehr therapeutische Hoffnungen zulasse, als wenn das Blut von Bakterien wimmle.

Daß dieser Kollaps durch Auffüllung des Gefäßsystems mit ausgiebigen intravenösen Kochsalzinfusionen gehoben werden kann, bewies die Behandlung einer völlig moribunden Peritonitiskranken, die durch eine Kochsalzinfusion von $3^1/_2$ l in die Vena mediana für längere Zeit wieder zu gutem Pulse und zu guter Atmung gebracht werden konnte.

Es sind nun von Wiesinger und Bertelsmann innerhalb von 6 Monaten 14 Fälle nachgewiesen allgemeiner Peritonitis folgendermaßen behandelt:

Großer Laparotomieschnitt, Auspackung der Därme, Reinigung dieser und der Bauchhöhle mit 30—40 l Kochsalzlösung. (Hierbei kommt eine ausgiebige Friedrich'sche Lüftung des Peritoneums zustande). Bei Beginn der Operation und während derselben intravenöse Infusion von Kochsalzlösung individualisierend bis zu 3 l und darüber. Fixation einer Gazekompresse auf den Därmen durch Seidennähte, welche durch die Bauchdecken durchgreifen. Die Wundränder werden aber nicht vereinigt, um der Sekretion Abfluß zu verschaffen, die durch in der Nachbehandlung fortgesetzte Kochsalzinfusionen (bis zu 20 l in den ersten 2—3 Tagen), wie Ludwig Kraft nachgewiesen hat, ganz erheblich vermehrt werden kann und soll. Sieben von den vierzehn Fällen wurden geheilt. B. legt auf den Prozentsatz der Heilungen keinen Wert, meint aber entschieden bessere Resultate zu haben, seitdem er zielbewußt die Friedrich'schen, Heineke-schen und Kraft'schen Untersuchungen verwerte. Auch zwei Fälle von Fettgewebsnekrose des Peritoneums wurden in ähnlicher Weise behandelt (natürlich nicht mit Reinigung der Därme) und kamen zur Heilung. In dem einen dieser Fälle hat B. nicht allein die Bursa omentalis eröffnet, sondern auch das über dem Pankreas gelegene rückwärtige Peritoneum durchtrennt und bis hierher tamponiert. B. glaubt, daß dieses Verfahren das Normalverfahren werden würde, je mehr die Ansicht allgemein würde, daß die Fettgewebsnekrose des Peritoneums vom Pankreas ausginge. Der angeführte Fall sei am 12. März 1903 operiert und ohne Kenntnis des von Bunge auf dem letzten Chirurgenkongreß gemachten ähnlichen Vorschlags.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Rehn (Frankfurt a. M.) behandelt die eitrige Peritonitis schon lange mit massigen Kochsalzspülungen und intravenösen Infusionen. Mit dem Einlegen einer Kompresse auf die Därme ist er nicht einverstanden, sondern empfiehlt zur Drainage glatte Gummiröhren. **Kleinschmidt** (Kassel).

Hans Haberer (Wien). H. berichtet über drei geheilte Fälle von Peritonitis perforativa purulenta aus der Klinik von v. Eiselsberg in Wien. In zwei Fällen handelte es sich um Perforationsperitonitis nach Appendicitis, in einem Falle um eine über 40 Stunden alte Peritonitis nach Perforation eines Ulcus ventriculi. In allen drei Fällen wurde das Abdomen möglichst breit eröffnet und mit steriler, warmer, physiologischer Kochsalzlösung so lange gespült, bis die Flüssigkeit vollkommen klar abfloß. Fibrinöse Auflagerungen auf den Därmen wurden sorgfältig entfernt. In allen drei Fällen trat Heilung ein, in dem Falle von Ulcus ventriculi perforatum erst nach operativer Behandlung eines linksseitigen subphrenischen



Abszesses und eines linksseitigen Empyema pleurae. Neben der breiten Eröffnung des Abdomens dürfte namentlich die reichliche Spülung (bis zu 40 Liter Kochsalz) für den guten Erfolg verantwortlich zu machen sein. (Selbstbericht.)

Lenzmann (Duisburg) möchte der Heineke'schen Theorie nicht die Hauptrolle bei der Entstehung des peritonitischen Symptomenkomplexes zuweisen. Ein wegen Gangrän des Blinddarms operierter Fall habe ihm bewiesen, daß es sich bisweilen im wesentlichen nur um Toxinämie handle.

Oppenheim (Berlin) stimmt der Theorie der durch Splanchnicuslähmung hervorgerufenen Erweiterung der Bauchgefäße und der »Verblutung in dieselben« bei. Daher die Ähnlichkeit des Krankheitsbildes bei Peritonitis und bei innerer Verblutung, daher der evidente Nutzen der Kochsalzinfusionen.

Bertelsmann (Schlußwort). In Lenzmann's Fall habe es sich wohl um peritoneale Sepsis gehandelt. Rehn gegenüber rekapituliert B. nochmals seinen Standpunkt. Neu sei an dem von ihm geübten Verfahren nur die Anwendung so großer Flüssigkeitsmengen. Oppenheim und Haberer dankt er für ihre Diskussionsbeiträge, die seine Auffassungen bestätigten.

Kleinschmidt (Kassel).

L. Rehn. Über den Wert der Blutkörperchenzählung bei den akuten Entzündungen des Wurmfortsatzes.

Redner ist der Ansicht, daß durch die von Curschmann eingeführte Leukocytenzählung für die Diagnose und die chirurgische Indikation bei der akuten Appendicitis gar nichts gewonnen ist. Die Schwierigkeit besteht in der individuellen Beschaffenheit des Einzelfalles, dessen richtige Beurteilung nach wie vor durch genaue allseitige Untersuchung und angemessene Würdigung aller Symptome allein möglich sein wird. Derjenige Arzt, der viele Autopsien in vivo bei diesen Fällen sieht, ist nach Ansicht des Redners besser in der Lage, den Einzelfall richtig zu beurteilen, als derjenige, der diese Autopsien entbehrt oder selten sieht. Aber auch der Erfahrenste kann Irrtümer begehen: eine Sicherheit der Diagnose bei der akuten Appendicitis gibt es nicht.

Die Fälle, die Curschmann herausgegriffen hat, gehen mit Geschwulstbildung in der rechten Fossa iliaca einher und sind der klinischen Beurteilung näher gerückt. Es handelt sich hier um eine bereits über den Wurmfortsatz hinausgehende Entzündung, die zwar die Tendenz zur Abgrenzung haben, aber erfahrungsgemäß, trotz der Zeichen der lokalisierenden Entzündung, jeden Augenblick schnell oder schleichend sich weiter verbreiten und auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen, sowie durch die Resorption von Toxinen jeden Augenblick gefährliche Komplikationen schaffen kann. Man kann daher Curschmann's Satz nur zustimmen: »wenn es feststeht oder nur wahrscheinlich ist, daß es sich um eine Eiterung handelt, so soll operiert werden«, d. h. natürlich, wenn die vorliegende Entzündung die Dignität der Eiterung hat; denn bekanntlich pflegen die schwersten Infektionen ohne augenfällige Eiterung zu verlaufen.

Man müßte glauben, daß nach diesem Satze Curschmann's jede Appendicitis mit Geschwulstbildung dem Chirurgen zu übergeben wäre. Curschmann selbst ist aber weit entfernt davon, und zwar zufolge seiner pathologisch-anatomischen Ansichten von diesen Fällen. Er erblickt in einem großen Teil dieser Geschwulstbildungen »seröse Exsudate«. Diese, meint er, gehen gewöhnlich zurück. Wenn aber das seröse Exsudat vereitert, soll der Blutbefund Aufklärung geben. Redner stellt nun auf Grund seiner zahlreichen Autopsien in vivo fest, daß dies seröse Exsudat Curschmann's nicht existiert. Wenn es aber wirklich einmal vorkommen sollte, so ist es so selten, daß man es außer Betracht lassen kann. Redner schildert einige typische Fälle, die diese Behauptung erläutern.

Zum Blutbefund selbst meint Redner, daß man schon a priori die Reaktion des Knochenmarks auf Eiterungen nicht als etwas derart regelmäßiges ansehen dürfe, um von dem Grade derselben die Frage der Operation bei Blinddarmentzündungen abhängig zu machen. Die Erfahrungen anderer Autoren *und die* auf der nachfolgenden Tabelle mitgeteilten eigenen Erfahrungen beweisen, daß

die Leukocytenwerte ganz unregelmäßig sind, und daß diejenigen Fälle, die am dringendsten eines raschen Eingriffs bedürfen, ohne Erhöhung der Leukocytenzahl einhergehen können. Große Abszesse aber, bei denen noch am regelmäßigsten eine Leukocytose gefunden wird, sind auch ohne diese leicht zu diagnostizieren. Auf der anderen Seite wird durch die fortgesetzten Blutkörperchenzählungen kostbare Zeit versäumt.

I. Abszesse (fühlbare Tumoren).

a. Mit starker Leukocytenvermehrung (über 26000).

Zahl der Fälle	Zahl d. Tage zwischen Erkrankung u. Operation	Leukocytenzahl	Klinische Diagnose	Operationsbefund	Verlauf
2	6	28000	Appendicitis mit Abszeß	Appendicitis mit Abszeß	geheilt
	13	40000			
b. Mit geringer, nichts beweisender Leukocytenvermehrung.					
5	10	13000	Appendicitis mit Abszeß	Appendicitis mit Abszeß	geheilt
	7	12000			
	8	13000			
	6	15000			
	20	12000			
c. Mit normalen Leukocytenzahlen.					
4	4	8000	Appendicitis mit Abszeß	Appendicitis mit Abszeß	geheilt
	12	8000			
	4	8000			
	10	10000			

II. Peritonitiden.

a. Mit starker Leukocytenvermehrung (über 25000).

Kein Fall.

Zahl der Fälle	Zahl d. Tage zwischen Erkrankung u. Operation	Leukocytenzahl	Klinische Diagnose	Operationsbefund	Verlauf
b. Mit geringer, nichts beweisender Leukocytenvermehrung.					
6	5	12000	Abszeß	diffuse Peritonitis	†
	8	13000	diffuse Peritonitis		†
	9	11000			†
	2	13000			geheilt
	1				geheilt
	5	19000			†
c. Mit normalen Leukocytenzahlen.					
2	4	10000	diffuse Peritonitis	diffuse Peritonitis	†
	2	8000			geheilt

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Wohlgemuth (Berlin) teilt als Beitrag für die Überraschungen, welche die Appendicitis dem Arzt bringen kann, die Krankengeschichte eines Knaben mit, der unter typischen appendicitischen Beschwerden erkrankte. Nach 8 Tagen fand W. eine kleine Geschwulst in der Leistengegend, die sich als der ektopische Hoden erwies. Dieser hatte beim Durchzwängen durch den Leistenkanal alle Symptome einer Appendicitis verursacht. **Kleinschmidt** (Kassel).

Thoenes (Bonn). Über Bauchfelltuberkulose.

Nach einer kurzen Übersicht über die Entwicklung, welche die Anschauungen über die Bauchfelltuberkulose in den letzten Dezennien genommen haben, berichtet T. über ca. 80 einschlägige Fälle aus dem Eppendorfer Krankenhaus und aus der Göttinger chirurgischen Klinik (Dr. Kümmell, Geh.-Rat Braun), die über längere Zeit nachbeobachtet sind und im einzelnen folgende Resultate ergeben:

Die Schwere der Erkrankungen an tuberkulöser Peritonitis ist eine sehr wechselnde. Neben einer Anzahl solcher, die bei rein konservativer Therapie, zum Teil sogar ohne Therapie heilen, finden sich solche, bei denen die interne Therapie versagt. Diese werden nachweislich durch einfache Laparotomie oft wesentlich gefördert. Die Prognose des Eingriffs hängt in erster Linie vom Kräftezustand ab — vorgeschrittene Komplikation von seiten der Lunge, des Kehlkopfs, des Darmes, sowie septischer Allgemeinzustand sind Kontraindikationen. Kompliziertere Eingriffe, wie die Entfernung primärer Herde, sind wegen der Gefahr der Kotfistelbildung nur da zulässig, wo sie ohne Lösung derberer Verwachsungen vorgenommen werden können. Die Zahlen der Dauerheilungen (über 2 Jahre) betrugen:

bei den Hamburger Fällen

für die ascitische Form	80%	(8 Fälle	von 10),
» » adhäsive	» 18%	(2 »	» 11),
insgesamt	ca. 48%	(10 »	» 21),

bei den Göttinger Fällen

für die ascitische Form	62%	(12 Fälle	von 19),
» » adhäsive	» 50%	(3 »	» 6),
insgesamt	60%	(15 »	» 25).

Ein Vergleich der internen und chirurgischen Gesamtdauerresultate — interne Dauerheilungen 38 Fälle von 82 = 48%, chirurgische 132 Fälle von 244 = 54% — lehrt, daß die bisher erreichten internen Resultate keineswegs, wie man das mit Rücksicht auf die relative Schwere der Fälle erwarten müßte, die chirurgischen bedeutend übertreffen, sie vielmehr noch nicht einmal erreichen. Es erscheint deshalb geboten, in allen Fällen, wo eine mehrwöchige rationelle interne Behandlung keinen genügenden Erfolg erkennen läßt, rechtzeitig, d. h. vor Eintritt stärkeren Kräfteverfalls, zu operieren. (Selbstbericht.)

Diskussion.

v. Hippel (Kassel) hat dreimal wegen Peritoneal- bezw. Darmtuberkulose operiert. Zwei Heilungen. Im dritten Falle (Tuberkulose des Blinddarms und Bauchfells) entstand nach der Operation eine Darmfistel, jedenfalls infolge Lösung von Verwachsungen. Tod an Inanition. **Kleinschmidt** (Kassel).

Hans Haberer (Wien). Zur Kasuistik der Folgezustände forcierter Taxis bei inkarzerierten Hernien.

H. berichtet über drei an der Klinik v. Eiselsberg in Wien beobachtete Fälle von inkarzerierten Hernien, bei welchen es infolge forcierter Taxis zu schweren Schädigungen gekommen war.

1. Fall: $4^1/_2$ Jahre altes Kind. Inguinalhernie, seit 48 Stunden inkarzeriert. Forcierte Taxis außerhalb des Spitals. Massenreposition, Peritonitis, Vorlagerung des gangränösen Darmteiles. Tod infolge Volvulus einer höheren Dünndarmschlinge, bedingt durch eine breitere Adhäsion, welche sich in der Umgebung der vorgelagerten, peritonitisch veränderten Darmpartie ausgebildet hatte, 10 Tage nach der Operation.

2. Fall: $2^1/_2$ Jahre altes Kind. Inguinalhernie, seit 2 Tagen inkarzeriert. Forcierte Taxis außerhalb des Spitals. Vielfache Zerreißungen des Mesenteriums der inkarzerierten Dünndarmpartie mit schwerer Blutung und konsekutiver hochgradiger Anämie. Naht der einzelnen Risse, Radikaloperation. Heilung per primam.

3. Fall: 41 Jahre alte Frau. Inkompensierte Mitralinsuffiziens. Hernia cruralis, seit 6 Stunden inkarzeriert. Forcierte Taxis außerhalb des Spitals. Abreißung des Mesenteriums der inkarzerierten Dünndarmschlinge in einer Ausdehnung von 21 cm, knapp am Ansatze am Darme, so daß eine Vereinigung durch Naht ausgeschlossen war. In der Umgebung dieses Risses zeigt das Mesenterium zahlreiche Einrisse, so daß eine Resektion von 83 cm Dünndarm nötig wird. In den ersten 24 Stunden post operationem Symptome schwerer Anämie, Pat. erholt sich jedoch, und es folgt Heilung per primam.

In den beiden letzten Fällen hatte die subkutane Infusion reichlicher Mengen von Kochsalz sichtlich gute Wirkung.

Vor jedweder forcierter Taxis wird gewarnt und betont, daß an der v. Eiselsberg'schen Klinik in allen Fällen, bei welchen keine direkte Kontraindikation gegen die Operation vorliegt, bloß ein einziger vorsichtiger Taxisversuch im warmen Bade ausgeführt wird, dem die Operation, falls er nicht Erfolg hat, sofort folgt. (Selbstbericht.)

Plücker (Wolfenbüttel). Hernia diaphragmatica incarcerata mit Netzvorfall.

P. berichtet über einen Fall von eingeklemmter Netzhernie des Zwerchfells mit gleichzeitigem Netzvorfall im 8. Interkostalraum links. Ursache Messerstichverletzung. Abgesehen von dem kasuistischen Interesse des Falles beschäftigte Autor die Frage, ob der Operation vom Thorax aus eine Laparotomie zur systematischen Kontrolle der Bauchorgane zu folgen hat, der sie allein eine nahezu absolute Sicherheit über komplizierende Nebenverletzungen von Netz und Magen-Darmkanal gewähren wird. — Von der erweiterten Zwerchfellwunde kann man sich über komplizierende Verletzungen der Milz und andererseits der Leber einen guten Überblick verschaffen und sie operativ angreifen; von den Hohlorganen kann man sich nicht einmal vom Magen, trotz Hereinziehen in den Thoraxraum einen sicheren Überblick verschaffen, wenn auch in einzelnen Fällen erfolgreich bei Zwerchfellsverletzungen komplizierende Magenwunden genäht wurden.

Im vorliegenden Falle kam P. auf Grund des klinischen Bildes und des Befundes bei der Operation zu der Überzeugung, eine sekundäre Laparotomie zu unterlassen. Von den Symptomen hebt er die Wichtigkeit des Netzvorfalls für die Beurteilung des weiteren operativen Vorgehens hervor.

Die Naht der erweiterten, nach der Mitte liegenden Zwerchfellswunde war leicht nach Anlegung der ersten Naht, die als Zügel diente. — Ausgang in Heilung.

Bei dem geringsten Verdacht auf komplizierende Verletzung von seiten des Magen-Darmkanals oder des Netzes muß eine typische Laparotomie dem thorakalen Eingriff folgen. — Notwendig erscheint es für solche Fälle, nach Schluß der Zwerchfellswunde die Lunge in die Thoraxwunde einzunähen, da dadurch die Schädigung des ersten Eingriffs durch Pneumothorax nahezu ausgeglichen wird. (Selbstbericht.)

Diskussion.

v. Hippel (Kassel) betont, daß sich hinter Stichwunden des Bauches mit Netzvorfall schwere Verletzungen verbergen können, wie der von ihm operierte Fall eines Husaren zeige, bei dem ein Lanzenstich außer einer Bauchwandwunde mit Netzvorfall Verletzungen zweier Darmschlingen und der Radix mesenterii verursacht hatte. Hier wäre ohne Laparotomie die Peritonitis unvermeidlich gewesen.

Plücker bemerkt dagegen, daß die verschiedene Art des verletzenden Werkzeugs ein verschiedenes Vorgehen rechtfertige. **Kleinschmidt** (Kassel).

H. Braun (Göttingen). Über die akuten und chronischen Darminvaginationen.

B. weist zunächst auf das so sehr häufige Vorkommen der akuten Invaginationen in England, Amerika, Australien und Dänemark hin gegenüber den äußerst spärlichen Beobachtungen aus anderen Ländern, besonders auch aus Deutschland, und glaubt die Ursache dafür hauptsächlich darin suchen zu müssen, daß die Krankheit nicht diagnostiziert wird. B. berücksichtigt bei seinen weiteren Besprechungen unter Demonstration seiner Präparate die von ihm behandelten Invaginationen (8 akute, 7 chronische). Als Ursache der Invagination nimmt B. Reize an, welche, von der Schleimhaut des Darmes oder von außen her auf denselben einwirkend, einen spastischen Zustand hervorrufen, der zur Invagination führt; dauert der Reiz kürzere Zeit, so kann sich eine solche physiologische Invagination spontan wieder lösen, dauert der Reiz längere Zeit, so geht diese Invagination in eine entzündliche über. Die Diagnose hält B. in den meisten





Fällen von akuten und chronischen Invaginationen für leicht, gibt aber zu, unter Anführung eigener Beobachtungen, daß auch Fehldiagnosen vorkommen können, indem eine Erkrankung für eine Invagination gehalten wird, die keine ist. In bezug auf die Behandlung kommt B. unter Berücksichtigung einer eigenen und der in der Literatur verzeichneten Beobachtungen zu folgenden Schlüssen. Bei akuten Invaginationen können einfache Methoden (Lufteinblasungen, Wassereingießungen, Zurückschieben der Invagination vom After aus) versucht werden; versagen dieselben, so muß die Laparotomie gemacht werden; dieselbe wird aber nur dann zu günstigen Heilerfolgen in einer größeren Zahl führen, wenn die Desinvagination noch gelingt und der Darm sich noch in gutem Ernährungszustand befindet; dies ist mit einiger Sicherheit aber nur in den ersten 48 Stunden zu erwarten, demgemäß muß in dieser Zeit die Laparotomie zur Ausführung kommen. Die Anlegung des Anus arteficialis und ebenso auch die Enteroanastomose werden nur in seltenen Fällen zur Heilung führen. Die Resektion des Invaginatum ist nicht unbedenklich und oft überhaupt nicht ausführbar, was an einem Präparat demonstriert wird. Die totale Resektion führt bei akuten Invaginationen der Kinder auch jetzt noch fast immer zum Tode, um so sicherer, je jünger das Individuum ist; aber auch bei älteren Kindern und bei Erwachsenen sind bis jetzt nur in beschränkter Zahl Heilungen erzielt worden. Dagegen ist bei chronischen Invaginationen die Resektion der ganzen Invagination die am meisten zu empfehlende und fast in allen Fällen ausführbare Methode; die Amputation des Invaginatum ist ungefährlicher, jedoch besteht bei ihrer Ausführung die Gefahr, veränderte Darmteile zurückzulassen, die zu Störungen des Wundverlaufs, vielleicht auch zu Stenosen Veranlassung geben können. Die Enteroanastomose ergibt ebenfalls gute Dauererfolge und ist als weniger gefährlich wie die Resektion in bestimmten Fällen dieser vorzuziehen. Der künstliche After soll nur angelegt werden, wenn ein radikaler Eingriff bald ausgeführt werden soll, die Schwäche des Kranken oder sonstige Verhältnisse die sofortige Vornahme derselben unmöglich machen. (Selbstbericht.)

Kredel (Hannover). Über die akute Darminvagination im Kindesalter.

Nach einleitenden Bemerkungen über das erstaunliche Übergewicht der englischen Literatur gegenüber der deutschen erörtert K. das Vorkommen der akuten Darminvagination bei uns und teilt seine eigenen Beobachtungen mit. Er hat 11 Fälle gesehen, wovon 8 operiert sind. Von den 3 nicht operierten Kindern genas eins (2jähriges Mädchen) auf dem Wege der spontanen Abstoßung des gangränösen Invaginatum; alle übrigen Kinder starben, und zwar von den 8 Operierten 7 im Chok wenige Stunden nach der Operation, eins nach 24 Stunden infolge nachträglicher Darmperforation, resp. im Chok nach dem dadurch erforderlichen zweiten Eingriff. Die von Fall zu Fall gesteigerten Vorsichtsmaßregeln gegen den postoperativen Kollaps vermochten daran nichts zu ändern, obwohl 6 von den 8 Operierten nach den geltenden Anschauungen relativ früh operiert sind. Fast sämtliche Kinder befanden sich im zartesten Alter, von 11 Wochen bis $9^1/_2$ Monaten, nur das erwähnte nicht operierte Mädchen war 2 Jahre und ein operierter Knabe 5 Jahre alt; bei diesen mußte Darmresektion gemacht werden. Von den operierten Fällen war 4mal die Invagination irreducibel, bei einem 5. Falle, dem jüngsten Kinde, war Desinvagination nur par force möglich, von den 3 übrigen, welche desinvaginiert wurden, starb eins an Perforation nach 24 Stunden; es bleiben also nur 2 Fälle, bei welchen die Desinvagination ohne allzu große Schwierigkeit gelang; bei diesen beiden hatten leider Versuche mit Lufteinblasung — einmal in Narkose —, die anfangs erfolgreich schienen, wertvolle Stunden Zeit gekostet. Die Operationen waren nur in 2 Fällen spät, nach 4 bis 5 Tagen, in den 6 übrigen zwischen 36—52 Stunden gemacht.

Aus diesen Beobachtungen geht hervor, daß bei den kleinen Kindern der postoperative Kollaps eine ganz außerordentlich große Gefahr bedeutet; ihre Widerstandskraft erschöpft sich in kürzester Zeit durch die Schwere der plötzlichen Erkrankung, welche ohne Operation im 1. Lebensjahre 98%, im 2. bis

5. Lebensjahre 94% Mortalität aufweist. Die Verhütung von Chok muß also bei diesen Operationen in allererster Linie stehen. Dies erscheint aber nur möglich, wenn die Operationen außerordentlich früh stattfinden, und die Beweise dafür finden sich auch in den großen englischen Statistiken, wo es bereits gelungen ist, eine große Zahl von Fällen wenige Stunden nach Beginn der Erkrankung zu operieren. K. erblickt das wichtigste Ziel unserer Diskussionen darin, daß dies auch bei uns erstrebt werde. Die Affektion ist zu selten, als daß der einzelne Arzt ausreichende Erfahrung darüber sammeln könnte; es muß daher allgemeiner bekannt werden, wie ungemein dringlich diese Operationen sind, zumal je kleiner die Kinder. Eine Operation am 2. Tage kommt bei Kindern unter 1—2 Jahren oft schon zu spät; von Frühoperation kann man jedenfalls nur reden, wenn sie vor Ablauf des ersten Tages gemacht wird. Man sollte als Regel anerkennen, daß bei diesen Kindern nach denselben Grundsätzen gehandelt wird, wie bei inkarzerierten Hernien. Versuche mit Wassereinläufen oder Lufteinblasungen wird K. bei Kindern unter 1—2 Jahren künftig ganz unterlassen; will man sie bei größeren Kindern erst versuchen, so muß man nachher jeden Augenblick zur Operation gerüstet sein.

Nach Bemerkungen über die Technik der Operation erwähnt K. des näheren noch ein von ihm einmal versuchtes Verfahren bei irreducibler Invagination. Nach an der Grenze, wo die Einstülpung irreponibel wird, wurde das Mesenterium des Invaginatum umstochen und ligiert, dann diese Stelle wieder etwas zurückinvaginiert (1—2 cm) und in dieser Lage durch einige am Mesenterium oder Darm angelegte Nähte fixiert. Etwas oberhalb wurde zur Entlastung des Darmes eine kleine Fistel angelegt. Das Verfahren lehnt sich an den bekannten Naturheilungsvorgang an; es soll die Gangrän des Invaginatum beschleunigen und richtig lokalisieren. Sollte es sich als brauchbar erweisen, so würde es die Vorteile verbinden, daß es relativ schonend ist und doch idealen Erfolg versprechen könnte.

(Selbstbericht.)

Diskussion.

Bertelsmann (Kassel) hat durch sehr große hohe Einläufe in vier Fällen von akuter Darminvagination Heilung erzielt. Er ist der Ansicht, daß man einen derartigen Versuch, der aber nicht mehr als eine Stunde in Anspruch nehmen darf, machen soll, ehe man sich zur Operation entschließt.

Naunyn und Braun diskutieren über die Diagnosenstellung. Ersterer hält seine vor Jahren geäußerte Ansicht aufrecht, daß die Diagnose der akuten Invagination Erwachsener Schwierigkeiten bereiten könne, da die Geschwulst sich nicht sicher von einer solchen unterscheide, welche durch Darmsteifung bei anderen Formen von Undurchgängigkeit des Darmes bedingt sei. Braun ist der Überzeugung, daß aus den oben angegebenen Symptomen und dem Nachweis der Geschwulst, die häufig die Lage wechselt und verschiedene Konsistenz zeigt, in weitaus den meisten Fällen die Diagnose zu stellen ist.

Jäckh (Kassel) berichtet über zwei von ihm operierte Fälle, in denen dank frühzeitigen Eingreifens — 19 und $11^1/_2$ Stunden nach Auftreten der ersten Erscheinungen — die Desinvagination gelang.

Pauli (Lübeck) glaubt nicht, daß die Invaginationen so selten sind, sondern nur selten publiziert werden. Er selbst hat fünf Fälle beobachtet; zwei, bereits hochgradig kollabiert, starben ohne Operation. Zwei wurden operiert, davon einer gestorben. Fall 5 wurde durch Massage geheilt.

Schulze-Berge (Oberhausen) hat bei einem von ihm mit Erfolg operierten Kranken einen stark ausgesprochenen Invaginationsring beobachtet. Entgegen der allgemeinen Ansicht glaubt er, die Invagination in seinem Falle sei dadurch entstanden, daß eine umschriebene infiltrierte Darmpartie in den abführenden Schenkel sich hineingedrängt habe.

Wilms (Leipzig) weist bezüglich der Ätiologie der Invagination auf die Lippenbildung hin, d. h. die lippenförmige Umstülpung des unterhalb der kontrahierten Stelle liegenden Darmes, wie sie sich im Tierversuch erzeugen läßt. Sie



entsteht durch alleinige Fortpflanzung des einwirkenden Reizes in der Längsmuskulatur. Ist einmal die Lippenbildung vorhanden, so besorgt die Peristaltik die weitere Entwicklung der Invagination.

Hirschsprung (Kopenhagen) hat 96 Fälle akuter Invagination bei Kindern gesehen, mit einer Heilungsziffer von 60%. Operiert ist 17mal, darunter zwei Heilungen. H. glaubt, daß man meist mit Massagemanipulationen und Wassereingießungen, eventuell mehrmals wiederholt, zum Ziele käme.

Dreesmann (Köln) hat wegen akuter Invagination dreimal operiert; zwei Heilungen.

Kuhn (Kassel) verlangt prinzipielles Verzichtleisten auf Desinvagination durch Zug. Er übt nur einen Druck auf den invaginierenden Darm aus und preßt so das Invaginatum heraus.

Rehn (Frankfurt a. M.) hält die Diagnose in Übereinstimmung mit Braun nicht für schwer. Die wechselnde Konsistenz der Geschwulst sei beweisend.

Kleinschmidt (Kassel).

Kredel (Schlußwort). Die Darminvagination ist ein vielgestaltiges Krankheitsbild; soll die Diskussion darüber sich nicht wirkungslos verlieren, so muß man bestimmte Gesichtspunkte herausgreifen. Gewiß gibt es Fälle, die auch nach mehreren Tagen noch leicht desinvaginiert werden, auch solche, die durch mehrfache Eingießungen zu heilen sind; aber man darf das nicht verallgemeinern. Wollen wir einen Schritt vorwärts kommen, so müssen wir meines Erachtens die akuten Invaginationen der ganz kleinen Kinder als besondere Gruppe herausgreifen und ihre außerordentliche Dringlichkeit betonen. Deshalb habe ich hier meine schlimmen Erfahrungen mitgeteilt, und dies umsomehr, als eine Anzahl derselben nach den geltenden Anschauungen früh operiert sind. Frühoperationen können bei diesen kleinen Kindern nur innerhalb der ersten 24 Stunden gerechnet werden; am zweiten Tage kommt man oft schon zu spät. (Selbstbericht.)

Israel (Hersfeld). Gefahrlose Operationsmethode bei Darminvagination.

Bei einer 7jährigen Pat. wurde die Ileocoecalinvagination in Chloroformnarkose teilweise gehoben und aus dem Querkolon ins aufsteigende Kolon so zurückgeführt, daß Stuhlentleerungen ca. 4 Wochen lang erfolgen konnten. Die trotzdem stattfindende Nekrose der Schleimhaut veranlaßte durch Verwachsung der von Schleimhaut entblößten Partie des innersten invaginierten Darmrohrs vollständigen Abschluß nach unten. Die am 5. Tage nach diesem Ereignis ausgeführte Operation durfte nicht in gewohnter Weise ausgeführt werden, da das Kind sterbend war, und brachte mich der Zustand der kleinen Pat. darauf, das aufsteigende Kolon an das Peritoneum zu nähen und so wie zum künstlichen After zu öffnen. Ich gewann nun Überblick über das invaginierte, ca. 16 cm lange Darmstück, fand die unterste Partie in einer Länge von 10 cm massig, fest und resezierte dieses Stück da, wo mir die invaginierte Partie elastisch, lufthaltig vorkam. Die Resektion wurde mit Vermeidung des geringsten Bluteinlaufs zwischen die zwei serösen, hier nicht mehr verwachsenen Blätter ausgeführt und der Mesenterialansatz durchschnitten. Der durch die lange Dauer der Invagination verengte, kaum meinem linken kleinen Finger zugängliche innere Darm wurde nach fester Vernähung mit dem äußeren Rohre durch die Bauhinsche Klappe auf meinem kleinen linken Finger nähhutartig zurückgeführt und gewissermaßen enthülst. Der künstliche After wurde nicht geschlossen. Sofort entleerten sich aus den oberhalb der Invagination stark erweiterten Dünndarmschlingen die übelriechenden Massen und nach 3 Tagen fing das Kind sich zu erholen an. 3 Wochen nachher wurde per secundam der künstliche After geschlossen, und konnte 2 Monate nach der Operation das Kind vollkommen geheilt entlassen werden. Die noch vorhandene Auftreibung des Leibes verschwand im Laufe eines halben Jahres und nehme ich damit an, daß der durch die Invagination mechanisch verengte Darm sich auch an der Nahtstelle erweitert hat. Eine Erfahrung, die ich zu einem

physiologischen Grundsatz erheben und zum Leitstern bei diesen Invaginationsoperationen machen möchte.

Zirka 1 Jahr später hatte ich Gelegenheit, bei einem 2jährigen Mädchen nach eintägiger Dauer der Ileocoecalinvagination die gleiche Operation nach denselben Grundsätzen auszuführen. Hier zeigte sich die Schleimhaut an dem untersten Darmstück streifig zirkulär gangränös, bei der Ausführung der Resektion die nicht verwachsenen serösen Blätter blutig unterlaufen, nicht glänzend, und wurde von dem invaginierten Stück, welches in toto eine Länge von 14 cm hatte, 5 cm Länge reseziert, der Mesenterialansatz abgelöst und zurückgeschoben. Nach fester Vernähung beider Darmenden wurde das noch 7 cm lange Invaginationsstück durch die Bauhinsche Klappe auf dem Finger geführt und enthülst. Auch hier blieb die künstliche Afteröffnung zur Kontrolle bestehen; nach mehreren Tagen wurde sie geschlossen und das Kind nach 5 Wochen vollkommen geheilt ohne Zeichen einer Darmenge entlassen.

Der Grundsatz dieser Methode ist Annähung der Invaginationsscheide ans Peritoneum; dann Öffnung dieser und Zutageförderung des invaginierten Darmstückes. Sie schafft vollen Überblick über die Beschaffenheit der Darmschleimhaut und während der Resektion auch über die der serösen Blätter. Bei vorsichtiger Ausführung gelangt kein Tropfen Blut zwischen die letzteren. Dieses und die Sicherheit, alles Erkrankte bis zum Invaginationshalse entfernen zu können, da man durch Zug beliebig weiter invaginieren kann; dazu die Möglichkeit, die Darmnaht so fest auszuführen, daß ein Ausreißen unmöglich ist, und vor allem die Vermeidung einer jeden Peritonealinfektion werden dieser Methode eine bleibende Bedeutung sichern und die Mortalität der Operation wegen Invagination sehr günstig beeinflußen.

Bei beweglichen, narbigen, karzinomatösen Darmverengungen rate ich auf ähnliche Weise nach vorangegangener künstlicher Invagination zu operieren.

(Selbstbericht.)

H. Braun (Göttingen). Über Darmverschluß am Kolon.

B. bespricht unter Berücksichtigung der in der Literatur enthaltenen, ziemlich spärlichen Mitteilungen die verschiedenen Arten des Verschlusses an den einzelnen Abschnitten des Dickdarms mit Ausnahme der Flexura sigmoidea. Selbst hat B. operiert bei einer Achsendrehung des Coecum, bei einem Verschluß an der Flexura hepatica, bei der Abknickung einer Schlinge des Colon transversum und bei einer Verengerung der Flexura lienalis durch Adhäsionen. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Brauns (Eisenach) teilt einen Fall von Knickung des Blinddarmes nach oben bei einem Knaben mit, der beim Schlittschuhlaufen gefallen war. Operation. Heilung.

Rehn (Frankfurt a. M.) hat eine Torsion des Colon transversum beobachtet, die wahrscheinlich durch Benutzung eines Stielschwammes zum Tupfen in der Tiefe zustande gekommen war.

Lipburger (Bregenz) fand 3 Tage nach ausgeführtem Kaiserschnitt die aufgeblähte Flexura sigmoidea im kleinen Becken eingekeilt. Hervorziehen und Fixierung. Heilung. **Kleinschmidt** (Kassel).

H. Braun (Göttingen). Zur operativen Behandlung der kongenitalen Dilatation des Kolon (Hirschsprung'sche Krankheit).

Infolge zweier operativer Mißerfolge, die B. bei Kindern mit Dilatation des Kolon hatte (Enteroanastomose und Resektion der Flexura sigmoidea), beschäftigte sich derselbe spezieller mit dieser Erkrankung. In Fällen, in denen dieses Leiden durch innere und lokale Mittel nicht gebessert wird, ist die Ausführung einer Operation angezeigt, da sonst sicher der Tod durch Peritonitis, Marasmus, Herzschwäche erfolgt. Die bis jetzt vorgenommenen Operationen haben sehr schlechte Erfolge aufzuweisen, und die Beobachtungen bei diesen Laparotomien sind, auch wenn man die Erfahrungen bei operativer Behandlung idiopathischer Erweiterung des Dickdarms bei Erwachsenen dazu nimmt, so spärlich, daß augenblicklich noch



nicht anzugeben ist, welche Behandlungsmethode bei den verschiedenen Arten der Ausdehnung der Flexura sigmoidea und des Kolon am zweckmäßigsten ist.
(Selbstbericht.)

Diskussion.

Kredel (Hannover) hat drei Fälle beobachtet, zwei bei Kindern, einen beim Erwachsenen. Besonders der letztere ist interessant. Einmal handelte es sich um hochgradige Kotstauung (10jähriger Knabe), bei welcher Eingießungen und manuelle Ausräumung in Narkose unglaubliche Kotmassen herausbeförderten; zweimal um Gasstauungen mit ileusartigen Anfällen, bei dem Kinde in mäßiger, bei dem Erwachsenen in enormer Intensität. K. geht auf den letzteren Fall, welcher operiert wurde, näher ein. Junger Mann von 21 Jahren. Die Affektion besteht seit der Säuglingszeit. Hochgradige Auftreibung des Leibes, Gaskoliken, Stuhlverhaltung bis zu Erbrechen haben das ganze Leben beherrscht und in letzter Zeit so zugenommen, daß Pat. mehrfach bettlägerig wurde. Man sieht kolossal ausgedehnte Darmschlingen im Leibe fast unaufhörlich wühlen und sich steifen. Es läßt sich nachweisen, daß das vermutete Hindernis tief im Kolon, wahrscheinlich in der Flexur sitzen muß. Operation im Januar 1900. Nach Eröffnung des Leibes präsentiert sich ein Kolon von fabelhaften Dimensionen; es hat einen Umfang wie ein mittlerer Oberschenkel eines Erwachsenen. Orientierung im Leibe erst möglich, nachdem durch Inzision das Kolon seines Gasinhalts entleert war; dabei zeigt sich seine Wand von lederartiger Konsistenz, und der Darm fällt in Falten zusammen. Nach der Entleerung sieht man, daß die Erweiterung des Darmes bis ins kleine Becken herabreicht, und daß er den Beckeneingang ringsum hermetisch, wie durch Luftdruck eingepreßt, ausfüllt. Nur nach wiederholtem kräftigem Zug läßt er sich endlich mit einem Ruck und schnappendem Geräusch herausziehen, und es zeigt sich nun, daß ein mechanisches Hindernis für die Passage nicht vorhanden ist; der stark erweiterte Darm geht ziemlich unvermittelt in das normale Rektum über. Von Anlegung einer Kolostomie wird abgesehen, einmal weil Pat. vorher nicht darüber verständigt war und weil noch Gefahr des Abreißens der Nähte durch die ungeheure Kraft der peristaltischen Wellen befürchtet wurde. Dagegen bestand eine gewisse Hoffnung, daß der mit Mühe aus dem Beckeneingang herausgezogene enorme Flexurabschnitt nicht leicht wieder herabsinken könne, und daß so ein wesentliches Passagehindernis durch Wegfall von Knickung des Darmes und von Klappenbildung der Schleimhaut beseitigt werde. Diese Hoffnung hat sich über Erwarten erfüllt; 2 Jahre später erhielt K. brieflich die Auskunft. Pat. hat sich seit der Operation wunderbar gut gehalten, hat keine Stunde im Geschäft gefehlt, obgleich er gehörig angestrengt worden ist; er ist ein ganz anderer Mensch geworden usw. (Selbstbericht.)

Madelung (Straßburg i. E.) empfiehlt dringend die Probelaparotomie. Sie ist von Nutzen, selbst wenn radikales operatives Vorgehen sich als unmöglich herausstellt, da erst bei völlig sicherer Diagnose sich palliative Mittel, wie Darmspülungen und Massage, mit genügender Energie anwenden lassen.

Kleinschmidt (Kassel).

Oppenheim (Berlin). Die Lageveränderungen der Leber und der Brustorgane bei Meteorismus, ihre Verwertung für Diagnose und Therapie.

Bezugnehmend auf seine im vorigen Jahre erschienenen experimentellen Arbeiten: »Beitrag zur Bekämpfung des Meteorismus« (Tierversuche) (Deutsche med. Wochenschrift 1902 Nr. 13)

und: »Das Verschwinden der Leberdämpfung bei Meteorismus« (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 27) sucht Vortr. die klinische Bedeutung der Organ-Lageveränderungen zu präzisieren.

Das Phänomen der verschwundenen Leberdämpfung ist der Effekt der Leberkantung, welche schon bei mäßigem Dickdarmmeteorismus zustande kommt, während der in toto geblähte Dünndarm die Leber nicht aus ihrer Lage zu bringen imstande ist. O. hält dieses Symptom in doppelter Hinsicht für bedeutungsvoll:

1) als Frühsymptom der vom Processus vermiformis ausgehenden Peritonitis,

2) als differential-diagnostisches Merkmal zwischen Dickdarm- und Dünndarmmeteorismus.

Ferner sucht er an der Hand einiger Sektionsbefunde klarzulegen, daß der bei Ileus und Peritonitis eintretende Exitus nicht immer nur auf Grund toxischer Einwirkungen eintritt, sondern daß es in der Tat den von ihm so benannten »mechanischen Herztod« gibt. Dieser entstehe durch Kompression der Lungen und Adpression des Herzens (gegen die Thoraxwand) bei Meteorismus des Magens, welcher, selbst zu enormer Weite gedehnt, auf dem in toto geblähten Dünndarm ballonartig in die Höhe steigt und die Zwerchfellkuppe bis zum 2. Interkostalraum zu heben imstande ist. (Der Vortrag ist in Nr. 42 der Berliner klin. Wochenschrift 1903 erschienen.) (Selbstbericht.)

Kuhn (Kassel) bespricht die Frage der Desinfektion der Gallenwege.

Wenn es auch feststeht, daß die beste desinfizierende Beeinflussung der Wege durch einen flotten Abfluß der Galle erfolgt, so ist doch zuzugeben, daß auch Fälle eintreten, in denen es wünschenswert ist, über den Desinfektionswert einzelner Körper orientiert zu sein.

Eine Skala dieser Desinfektionskörper zu erhalten, war der Zweck der vorliegenden Versuche.

Als Maßstab galt das Aufhören des Lebens in der Galle bei einem gewissen Gehalt an Desinfizientien, kontrolliert durch zwei Methoden:

1) Abimpfung und Züchtung auf Agar;

2) durch die Gasgärung, nach welcher Vortr. seinerzeit die in die Lehrbücher übergegangene Skala der Desinfizientien für den Magen aufstellte.

Die Reihenfolge für die Gallendesinfektion ist folgende:

Thymol — Menthol — Salizyl — Aspirin — Citarin — Naphthol.

Andere Körper, wie Saccharin, Ichthyol, kommen für vorliegende Zwecke nicht in Betracht.

Für die Praxis empfiehlt sich die Salizylsäure und ihre Salze.

(Selbstbericht.)

Madelung (Straßburg i. E.). Über postoperative Pfropfung von Echinokokkencysten.

M. hatte im November 1899 eine von der Konkavität der Leber ausgehende Echinokokkencyste nach einseitiger Methode operiert. Als Pat. nach 9 Wochen die Klinik verließ, war die Wunde bis auf eine kleine (kaum $^1/_2$ cm tiefe) Stelle verheilt. Erst 2 Jahre später kam er wieder zur Klinik. In der Laparotomienarbe, die nicht an den Baucheingeweiden fixiert zu sein schien — die Leber war nicht vergrößert —, lagen zwei Cysten, eine von Kleinapfel-, eine von Kirschengröße. Pat. behauptete, die größere schon 3 Wochen nach seiner Entlassung aus der Klinik bemerkt zu haben. Sie wurden exzidiert, ohne daß die Bauchhöhle wieder eröffnet wurde. Sie enthielten Tochterblasen, Scolices und wasserklare Flüssigkeit.

Dieses Vorkommnis (M. hat 75 Fälle von Echinokokkus hydatidosus zu operieren gehabt, ohne ähnliches zu sehen), ist kaum anders zu deuten, als daß bei der Operation oder kurz nachher kleinste Echinokokkuskeime zwischen die Schichten der Bauchwand gekommen, aufgepfropft worden sind und hier alle Bedingungen für Weiterentwicklung gefunden haben.

Französische Chirurgen haben in neuester Zeit mehrfach ähnliches beschrieben.

Die Beobachtung hat prinzipielle Bedeutung. Sie muß — im besonderen jetzt, wo die neuen Methoden (Billroth-Bobrow, Delpet) so dringend empfohlen werden — eine Warnung geben vor Verwendung aller Operationsverfahren, bei denen Cysteninhalt auch in minimalsten Mengen in die Bauchhöhle gelangen kann.

(Selbstbericht.)

Sasse (Paderborn). Über den Verschluß des Ductus choledochus durch Echinokokkenblasen und Heilung durch Choledochotomie nebst Radikaloperation.

Der Durchbruch des Leberechinokokkus in die Gallenwege ist sehr gefährlich.

Die Mortalität beträgt nach Cyr 70%. Der Tod erfolgt infolge des Choledochusverschlusses und daraus entstehender Cholämie und eitriger Cholangitis. Durch rechtzeitige Operation kann dieser ungünstige Ausgang verhütet werden, doch sind bis jetzt in der Literatur noch keine derartigen Fälle mitgeteilt worden. Vortr. hat deren zwei Fälle mit günstigem Erfolge operiert.

Die erste Pat. trat unter den Erscheinungen einer kryptogenetischen Septikopyämie in die Behandlung ein. Nach 3 Wochen bildete sich eine druckempfindliche Leberanschwellung aus und nach einigen weiteren Tagen trat plötzlicher, intensiver Ikterus auf, ohne daß Kolikschmerzen voraufgegangen wären. Diagnose: Choledochusverschluß und Eiterherd in der Leber; daher Choledochotomie. Der Ductus choledochus ist durch Echinokokkenblasen verstopft, und außerdem besteht eitrige Cholangitis; im linken Leberlappen sitzt ein orangengroßer Echinokokkus, der in die Bauchwunde genäht und sofort entleert wird. Von der Choledochuswunde dringt eine Sonde frei in die Echinokokkenhöhle vor, also breite Kommunikation. Tamponade und Heilung in 6 Wochen.

Im zweiten Falle, ebenfalls eine Pat., waren 4 und 2 Jahre vorher typische, heftige Gallenkoliken, jedesmal mit langdauerndem Ikterus, vorhergegangen, die als Gallensteinkoliken angesehen waren, desgleichen beim letzten Anfall, der seit 4 Wochen besteht. Objektiv bestand große druckempfindliche Leberschwellung, intensiver Ikterus und hohes, remittierendes Fieber. Diagnose: Choledochusverschluß und eitrige Cholangitis, zweifelhaft wodurch bedingt, ob durch Steine oder Echinokokkus. — Choledochotomie ergibt ähnlichen Befund wie in Fall I. Heilung hier langsam, erst nach 3 Monaten.

Nach den Erfahrungen des Verf.s muß der Durchbruch des Leberechinokokkus in die Gallenwege häufiger vorkommen als bisher angenommen, doch ist die Diagnose in manchen Fällen sehr schwer, da der Verlauf ein ganz verschiedener sowohl mit typischen Gallenkoliken, als auch ohne solche sein kann.

Weiter wird dann die Differentialdiagnose zwischen Echinokokken-, Stein- und Tumorverschluß des Choledochus besprochen, sowie auch die Therapie, die in jedem Falle eine möglichst frühzeitig operative sein soll, und zwar Choledochotomie nebst gleichzeitiger Radikaloperation des Leberechinokokkus. — In der Nachbehandlung bei drohendem Kollaps wegen Gallenfluß werden große Mengen NaCl-Transfusionen, 4—8 Liter im Tage, eventuell wochenlang empfohlen.

(Selbstbericht.)

Madelung (Straßburg i. E.). Über intraperitoneale Digitalkompression der Beckenblutgefäße.

M. hatte im Frühjahr d. J. ein schnell wachsendes, retroperitoneal gelegenes, arterielles Hämatom der rechten Beckenhälfte zu behandeln. 3 Wochen bevor er den Pat. sah, war demselben ein Messer oberhalb der Mitte des Poupartschen Bandes eingestochen worden. Es war wahrscheinlich, daß die Art. iliaca externa verletzt war. In diesem Falle half sich M. folgendermaßen: Der Mann wurde in Beckenhochlagerung gebracht, die untere Extremität blutleer gemacht. Die Bauchdecken wurden sodann in derselben Weise wie bei Aufsuchung der Appendix in Handbreite durchtrennt. Die Hand eines Assistenten wurde in die Bauchhöhle geschoben, so daß vier um den die Linea arcuata interna bildenden Beckenteil gekrümmt liegende Finger den Hauptstamm der Beckenarterie und -Vene gegen den Knochen andrückten. Jetzt wurde das Aneurysma freigelegt und gespalten. Es fand sich, daß die Art. iliaca externa 2 cm über dem Poupartschen Bande und die Art. epigastrica interna angeschnitten waren. Dieselben wurden unterbunden. Dies ließ sich machen ohne jeden Blutverlust. Der Fall ist zur Heilung gekommen.

Unter dem Eindruck des Erlebten stehend, fühlt sich M. jetzt sicher, mit Hilfe der intraperitonealen Digitalkompression jede Beckenblutgefäßverletzung, auch solche der Hypogastrica und Glutaea, erfolgreich behandeln zu können, ebenso innerhalb oder außerhalb des Beckens sich bildende spontane Aneurysmen.

M. fand, daß »intraabdominal direct pressure of common iliac to control haemorrhage« 1897 durch McBurney bei hohen Oberschenkelamputationen



empfohlen worden ist, weiter daß Battle (London) 1898 in gleicher Weise ausgeführte Kompression der Art. iliaca interna bei Operation eines Aneurysma der Art. glutaea mit Nutzen verwendete.

In Deutschland ist das sehr empfehlenswerte Verfahren anscheinend unbekannt. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Braun (Göttingen) übt die Digitalkompression in geeigneten Fällen extraperitoneal aus. (Selbstbericht.)

Schluß folgt.)

---

7) **Stumme.** Über die symmetrischen kongenitalen Bauchmuskeldefekte und über die Kombination derselben mit anderen Bildungsanomalien des Rumpfes.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 4.)

Aus der Breslauer chirurgischen Klinik beschreibt S. folgende Bildungsanomalie eines 17jährigen Menschen: es fehlte beiderseits der Rectus abdominis vom Nabel abwärts, Obliquus externus und transversus waren sehr rudimentär, der Obliquus internus fehlte ganz; infolgedessen waren die Bauchdecken sehr schlaff, die Haut war gefurcht. Die Blase stand bis zum Nabel und zog denselben durch einen Urachusstiel ein; die Wand der Blase war sehr hypertrophisch, die Harnleiter sehr stark erweitert, so daß eine Anastomose zwischen Harnleiter und Blase oberhalb der Harnleitermündung angelegt wurde. Es bestand Kryptorchismus und eine quere Einziehung der unteren Thoraxpartie.

Diese Anomalie ist sehr selten; S. konnte in der Literatur nur sieben ähnliche Fälle finden, welche genauer wiedergegeben werden. Er entwirft auf Grund des gesamten Materials ein abgerundetes Bild von der Gesetzmäßigkeit dieses Bildungsdefekts und kommt auf folgende Erklärung: Infolge eines in verhältnismäßig später Embryonalzeit eingetretenen Harnröhrenverschlusses kam es zur Harnstauung, auf welche zunächst die Blase, dann die Harnleiter mit Hypertrophie und Dilatation reagierten. Durch Druck der hochgradig gedehnten Harnblase entstand eine Atrophie des Rectus abdominis in größerem Umfang, aber wenigstens des ganzen subumbilikalen Teils, außerdem eine Dehnung und Atrophie der anderen Bauchmuskeln. Die Erweiterung der Blase führte zur Verlötung des Scheitels mit dem Nabel; die Vorlagerung der Blase vor den Leistenkanal verhinderte den Abstieg der Hoden in den Hodensack. Die Ursache der Harnstauung verschwand später, die Blase wurde kleiner, konnte sich jedoch infolge der Befestigung am Nabel nicht mehr ins kleine Becken zurückziehen. Infolge der Schwäche der Bauchwand kommt es zu Enteroptose und Zerrung an den Aufhängebändern der Bauchorgane, wie denn auch S.'s Pat. lange vergeblich wegen Magenschmerzen behandelt wurde; erst eine feste Bauchbinde leistete gute Dienste.

Haeckel (Stettin).

8) **B. S. Koslowski.** Ein Fall von wahrem Nabeladenom.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 469.)

K. exstirpierte einem 55jährigen Manne eine Geschwulst aus den Bauchdecken zwischen Nabel und Symphyse, welche, vor 5 Wochen zuerst bemerkt, auf Walnußgröße herangewachsen und schmerzhaft geworden war. Bei der Operation wurden Teile der Recti nebst ihrer Scheide und nach oben hin ein bindegewebiger Strang, welcher die Geschwulst mit dem Nabel verband, und auch letzterer mitexstirpiert. Das Mikroskop ergab in ihr Wucherung von Drüsen, die in ihrem Aussehen Darmdrüsen glichen, weshalb K. sich für die Annahme entscheidet, daß die Geschwulst von Resten des Ductus omphalomesentericus ausgegangen ist.

Heranziehen der spärlichen Parallelfälle der Literatur, ein wenig gelungenes mikroskopisches Photogramm. (Die Benennung der gar nicht den Nabel einnehmenden Geschwulst als Nabeladenom erscheint dem Ref. als verfehlt.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).



9) E. W. Baum. Über eine unter ungewöhnlichen Erscheinungen einhergehende Verletzung der epigastrischen Gefäße bei Ascitespunktion.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 466.)

Mitteilung aus der Kieler Klinik. »Bei einem an Lebercirrhose leidenden Manne wird wegen Ascites die Parazentese dicht neben der Linea alba ausgeführt. Beim Herausziehen des Trokars entsteht eine mäßige Blutung, die durch Naht sofort gestillt wird. Etwa nach 3 Stunden, während welcher Zeit völliges Wohlbefinden des Pat. beobachtet wurde, erkrankt Pat. mit ileusartigen Symptomen. Die auf die linke Bauchseite beschränkte breite Vorwölbung läßt den Verdacht an eine Drehung des Colon descendens nach der plötzlichen intraabdominellen Druckveränderung aufkommen. Erst die weitere genaue Untersuchung ergibt den Sitz der Geschwulst in der Bauchwand, als Ursache der Schwellung eine Blutung der epigastrischen Gefäße. Die Diagnose wurde durch die Operation bestätigt.« Moral: Man muß sich bei der medianen Punktion streng an die Mittellinie halten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

10) Pousson et Chavannaz (Bordeaux). Plaie de la veine cave inférieure au cours d'une intervention abdominale. Suture. Guérison.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 12.)

Bei einem 18jährigen Manne war nach einer Laparotomie wegen Bauchkontusion ein Fistelgang zurückgeblieben, der vier Querfinger oberhalb des Nabels mündete, unterhalb der Leber nach der Wirbelsäule zu führte und dessen Wand rechts mit dem Colon transversum, links mit dem Magen verwachsen war. Beim Versuch, diesen Fistelgang zu exzidieren, verletzten Verff. die Vorderwand der V. cava in Ausdehnung einer Linse. Drei durch die ganze Dicke der Ränder der Gefäßwunde gelegte Catgutnähte stillten die Blutung definitiv. Die Fistel blieb bestehen.

Reichel (Chemnitz).

11) M. Zondek. Beitrag zur Lehre von der Bauchaktinomykose.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 49.)

Z. berichtet über einen Fall, der hinsichtlich des Weges, auf dem sich die Aktinomycespilze im Körper verbreiten, wie bezüglich der Veränderungen in einzelnen Organen Interesse hat. 12jähriger Knabe, der im März 1896 nach Faustschlag auf den Leib appendicitische Erscheinungen zeigte. Ende April Eiterentleerung mit Harn und Stuhl. Mitte Mai pflaumengroßer Abszeß am Nabel, der, inzidiert, übelriechenden Eiter entleert und eine Fistel hinterläßt. Aus letzterer entleert sich im Oktober ein Kotstein, ohne daß hiernach die Fistel sich schloß. Schlechter Appetit, Körperverfall, März 1897 Aufnahme ins jüdische Krankenhaus zu Berlin. Hier wurde der Fistelgang gespalten und aus einer Höhle in der Gegend des Douglas ein Kotstein entfernt. Wiederum keine Heilung, Fieber, weiterer Verfall. Im Mai nochmalige Fistelrevision, bei welcher der Wurmfortsatz freigelegt wurde. Er war ziemlich lang, zeigte in der Mitte eine kleine, querverlaufende, glatte Narbe. Der sezernierte Eiter zeigt jetzt Aktinomyceskörner, womit die Chronizität des Leidens erklärt ist. Es bildet sich jetzt noch eine starke Leberdämpfungsvergrößerung und führt eine im Juni unterhalb der Rippen angelegte Inzision in einen nekrobiotischen Herd, welcher goldgelbe mit Eiterpfröpfen gemischte Massen enthält. Ähnliches Resultat bei einer im Juli auf eine Schwellung zwischen Nabel und Rippen geführten Inzision. Anfang August tot. Sektion: In der Leber u. a. ein aktinomykotischer Herd, der bis an die Vena cava reicht, in letzterer ein aktinomykotischer wandständiger Thrombus. Ferner miliare Aktinomykose des Bauchfells, des Netzes, des Zwerchfells, ein Befund, der bisher nur in seltenen Fällen bei Tieren gemacht ist. Wahrscheinlich lag eine Primäraffektion des Wurmfortsatzes vor und ging durch dessen Perforation die Infektion vor sich, welche durch die mehrfachen Operationen in der Bauch-



höhle ausgestreut wurde. Die Lebererkrankung dagegen erfolgte metastatisch auf dem Blutzirkulationswege, vermittelt durch die Cava inf.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

12) **Quénu.** Des formes toxémiques de l'appendicite.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 67.)

Dieulafoy lenkte 1898 die Aufmerksamkeit der Ärzte auf jene Fälle akuter Appendicitis, bei welchen die Störungen des Allgemeinbefindens, die Zeichen der allgemeinen Blutvergiftung im klinischen Bilde vor den örtlichen Zeichen der Entzündung bedeutend hervorstechen. Für gewöhnlich folgt ja die Blutvergiftung erst den durch die lokale Infektion bedingten entzündlichen Veränderungen, dem Abszeß, der umschriebenen oder allgemeinen Peritonitis. Sie kann aber auch das erste Zeichen der Erkrankung sein und den Kranken töten, ehe es zur Eiterung oder Gangrän des Wurmfortsatzes gekommen ist, ohne die geringste Reaktion von seiten des Bauchfells.

Q. beobachtete und beschreibt einen einschlägigen Fall: Ein zehnjähriges, schwächliches Kind erkrankte, nachdem es einen Monat zuvor eine leichte Grippe durchgemacht hatte, plötzlich mit allgemeiner Abgeschlagenheit, hohem Fieber (39,5°), sehr beschleunigtem Puls, ausgesprochener Druckempfindlichkeit am McBurney'schen Punkt, ohne spontane Schmerzen, ohne Erbrechen, ohne Auftreibung des Leibes. Q. im Konsilium mit Dieulafoy, Jalaguier und dem Hausarzte diagnostizieren eine akute Appendicitis, halten den Fall für schwer und dringen auf schleunige Operation, die Q. 35 Stunden nach Beginn der ersten Krankheitserscheinungen ausführt. Außer einer etwas stärkeren Gefäßinjektion bot die Oberfläche des Wurmfortsatzes keine weiteren entzündlichen Veränderungen, keine Verwachsungen, kein Exsudat; die umgebenden Darmschlingen waren frei von jeder Entzündung. Die Resektion des Wurmfortsatzes brachte keinerlei Besserung. Das Fieber hielt an. Erbrechen erst schwärzlicher, dann reichlich blutiger Massen trat hinzu, und 3 Tage nach der Operation erfolgte der Tod, ohne daß eine Schmerzhaftigkeit des Leibes oder Meteorismus aufgetreten wäre.

Die Untersuchung des Wurmfortsatzes ergab in seinem Innern drei kleine Kotsteine, eine oberflächliche Schleimhautulzeration von $1/2$ cm Durchmesser, sonst makroskopisch keine schwereren Veränderungen, mikroskopisch eine Thrombosierung fast aller subperitonealen Gefäße, kleine subepitheliale Hämorrhagien, vollständiges Fehlen von Leukocytenansammlungen. — In diesem Fehlen jeglicher Diapedese von Leukocyten sieht Q. eine wesentliche Ursache des bösartigen Verlaufes, in der Thrombosierung des subperitonealen Gefäßnetzes des Wurmfortsatzes ein frühes Ereignis der besonders schweren Formen der Appendicitis.

Dem beschriebenen Falle fügt Q. noch zwei andere Beobachtungen hinzu, in denen die Allgemeinstörungen gleichfalls im klinischen Bilde überwogen, die lokalen entzündlichen Veränderungen aber etwas weiter vorgeschritten waren; auch bei ihnen fand sich Thrombosierung des subperitonealen Gefäßnetzes des Wurmfortsatzes.

Die Prognose dieser sog. hypertoxischen Formen der Appendicitis ist sehr ungünstig; gleichwohl glaubt Q. auch für sie die Resektion des Wurmfortsatzes anraten zu müssen; freilich müsse sie noch innerhalb der ersten 24 Stunden nach Beginn der Erkrankung ausgeführt werden.

Reichel (Chemnitz).

13) **M. v. Statzer.** Über das Verhalten verschluckter Fremdkörper zu Brüchen.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXIII. Hft. 9.)

Für verschluckte oder hinabgestoßene Fremdkörper bilden Pylorus, Valvula Bauhini, Flexura duodenojejunalis und Sphincter ani Prädilektionsstellen zur Zurückhaltung bei normaler Lage der Eingeweide, bei pathologischen Verlagerungen außerdem noch Bruchpforten und Brüche. Derartige Beobachtungen stammen schon aus dem 18. und 19. Jahrhundert in mehr oder minder ausführlicher Mitteilung.

Der vom Verf. beobachtete und ausführlich mitgeteilte Fall bildet nach seiner Meinung ein »Unikum« in bezug auf Symptome und Verletzung des betreffenden





Darmabschnitts. Der Fall wurde im St. Rochusspital zu Wien als vereiterte eingeklemmte Hernie operiert, und fand sich in dem Abszeß ein 4 cm langes, $1^1/_2$ cm breites, scharfrandiges Knochenstück. Darmperforation war vorhanden, aber keine Verwachsungen. Das Nähere muß im Original nachgelesen werden.

Es folgt eine Zusammenstellung von 26 Fällen aus der Literatur, von denen 20 operiert wurden mit mehr oder weniger günstigem Erfolg. Als Fremdkörper fanden sich 15 Knochen, 4 Fruchtkerne, 2 Fischgräten, 3 Nadeln, 3 verschiedene Gegenstände. Mehr männliche als weibliche Wesen betroffen.

Die Beschwerden von seiten des Verdauungskanals sind nicht allein Folge der mechanischen, sondern auch der chemischen Wirkung (Zersetzung, die Darmkontraktionen verursacht). Das Nähere ergibt das Original. Sofortiger Eingriff geboten. Prognose zweifelhaft. **Grosse** (Kassel).

14) **E. Fuchsig und E. Haim.** Über 175 Brucheinklemmungen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 474.)

Eine Berichterstattung aus dem Kaiser Franz Josefs-Spital in Wien von den Jahren 1893—1902. Von den 175 Bruchinkarzerationen wurden 135 herniotomiert. Gesamtsterblichkeit 20%, Sterblichkeit der Operierten 23,7%, wobei diejenige der Nabelbrüche die verhältnismäßig höchste war. Primäre Darmresektion ist 13mal ausgeführt mit 7 — 54% — Todesfällen.

Die Gefahr der Einklemmung erwies sich bei den Leistenbrüchen (55,4% des Materials) als ungleich geringer wie bei den Schenkelbrüchen (35,4). Die Verff. ziehen im allgemeinen die sofortige Herniotomie den Taxisversuchen vor; dreimal folgten der Taxis blutige Stühle, was dem Verfahren zur Last gelegt wird; allerdings ist dieselbe Beobachtung auch bei zwei Fällen gemacht, in denen keine Taxis voraufging. Bei manifester Gangrän sehen Verff. die Resektion als das ideale Verfahren an. In ihren Fällen fand die Vereinigung des Darms bald End-zu-End, bald Seit-zu-Seit, nie aber mittels Knopf statt. Die Leistenbrüche wurden nach Bassini operiert, wobei in letzter Zeit zu den tiefen Nähten Aluminiumbronzedraht gebraucht und hiermit eine Häufigkeitsverminderung der Nahteiterung erzielt wurde.

Kasuistisches Spezialinteresse bieten drei isolierte Einklemmungen des Wurmfortsatzes, sämtlich tot, zwei kleine Kinder, eine 49jährige Frau betreffend. Achtmal wurden Darmwandbrüche beobachtet, bei denen dreimal Gangrän vorlag und stets mit Glück reseziert wurde. Interessant sind auch mehrere Beobachtungen von sekundären Darmwandveränderungen bezw. Stenosen nach Brucheinklemmung. Einmal fand sich der Darm durch Bauchfellschwiele leberähnlich verdickt und verhärtet, die vorgenommene Resektion endigte tödlich. Im zweiten Falle fand sich eine doppelte Darmstenose, entstanden durch Schleimhautnarbenkontraktion in der früher eingeklemmten Schlinge — erfolgreiche Resektion. In drei weiteren Fällen handelte es sich um ein Konvolut unregelmäßig verwachsener Darmschlingen, wobei ein Pat. unoperiert, ein zweiter nach vorgenommener Darmausschaltung starb. Der dritte Pat. genas nach Laparotomie, bei welcher als Grund für die peritonitischen Verwachsungen ein Nahtabszeß am Mesenterium infolge der früher ausgeführten Darmresektion gefunden und eine Lösung der Verwachsungen vorgenommen wurde.

Über das spätere Schicksal der 141 geheilt Entlassenen konnten 75mal Nachrichten eingezogen werden. 18 Pat. waren nicht mehr am Leben, von den Überlebenden klagten sieben über zeitweise Bauchkrämpfe (Verwachsungen, Knickungen usw.?) und 14 hatten wiederum einen Bruch bekommen, wobei es sich meist um Schenkelbrüche handelte. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

15) **Batut.** Étranglements herniaires et occlusions intestinales dans l'armée française.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1903. August.)

In der französischen Armee wird die Radikaloperation von Brüchen häufiger als in der deutschen ausgeführt, da in Frankreich das Vorhandensein eines Leisten-





bruchs nicht, wie es bei uns der Fall ist, felddienstunfähig macht. Nach B.'s Statistik wurden in den Jahren 1888—1900 einschließlich 3851 Radikaloperationen ausgeführt; wegen Einklemmung wurde 95mal, darunter 55mal mit Anschluß der Radikaloperation, ein Eingriff nötig.

Die 3851 Radikaloperationen (ohne Einklemmung) hatten 13 Todesfälle, die 95 wegen Einklemmung ausgeführten Operationen ebenfalls 13 Todesfälle zur Folge. Bedeutend höher ist die Sterblichkeit bei den wegen innerer Einklemmung Operierten, nämlich 24 Todesfälle bei 28 Operierten.

Alle Darmeinklemmungen teilt Verf. in zwei Klassen: erstens die, welche im Zusammenhang mit der Bauchwand stehen (Leistenbrüche, Brüche des Foramen obtur., Schenkelbrüche, Brüche des Foramen ischiad., des Zwerchfells, die hinter dem Blinddarm und dem Winslow'schen Loch liegenden Brüche); zweitens die inneren Einklemmungen (durch Meckel'sches Divertikel, Drehung des Netzes, Darmverschlingung usw.).

Die einzelnen der genannten Formen werden besprochen und namentlich auf die Schwierigkeit der Diagnose der Zwerchfellsbrüche und der Drehung des Mesenteriums hingewiesen. Am Schluß der Arbeit werden fünf interessante Fälle operierter eingeklemmter Brüche mitgeteilt. **Herhold** (Altona).

16) J. H. Åkermann. Intraabdominaler Bruch durch eine Öffnung im Mesocolon transversum.

(Nord. med. arkiv Bd. XXXV. 3. F. Bd. II. Nr. 9.)

Beschreibung eines vom Verf. wegen entzündlicher Magengeschwulst mit Gastrojejunostomie operierten Falles, bei welchem ein intraabdomineller Bruch vorgefunden wurde. Die Bruchpforte bestand aus einer Öffnung im Mesocolon transvers.; die eingedrungenen Därme (die untere Hälfte des Ileums, das ganze Coecum und einige Zentimeter des Colon ascendens) waren durch die Bursa omentalis gedrungen und hatten die eigentliche Peritonealhöhle durch das Foramen Winslowii wieder erreicht.

Die in der Literatur bisher veröffentlichten ähnlichen Fälle werden vom Verf. zusammengestellt und die Frage über die Kongenität bezw. das postfötale Auftreten solcher Öffnungen im Mesokolon kritisch beleuchtet. Als Resultat seiner Untersuchungen scheint Verf. sich der Ansicht zuzuneigen, daß ähnliche Lochbildungen pathologischer Natur seien.

In der Epikrise teilt Verf. einen Fall von Volvulus coeci mit, bei welchem der Blinddarm dicht am Fundus ventriculi lag (ungewöhnlich langes Mesokolon). **Hansson** (Cimbrishamn)

17) Walther. Inflammation d'un diverticule de l'intestin grêle simulant une appendicite.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 60.)

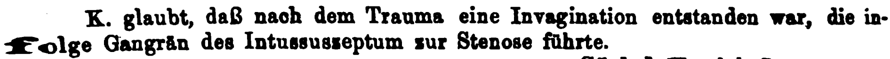
Die 25jährige Pat. W.'s, seit mehreren Jahren an doppelseitiger Salpingo-Oophoritis leidend, erkrankte im Februar 1902 plötzlich mit Zeichen einer akuten Appendicitis. Bei der Laparotomie fand W. den Wurmfortsatz zwar verwachsen und resezierte ihn; doch zeigte er keine frischen entzündlichen Veränderungen. Als Ursache des klinischen Bildes fand sich ein 8 cm langes, fingerdickes, von der Konvexität einer Dünndarmschlinge ausgehendes Divertikel, welches mit der rechten Tube nahe dem Uterus verwachsen und in frische eitrig infiltrierte Pseudomembranen eingehüllt war. **Reichel** (Chemnitz).

18) A. F. Kablukow. Zur Kasuistik der traumatischen Dünndarmstenose.

(Med. Obosrenje 1903. Nr. 6.)

Die Stenose entwickelte sich bei dem Pat. seit einem halben Jahre nach starkem Stoß eines Waggonpuffers gegen den Unterleib. Pat. ist hydrämisch, sehr schwach. Im mittleren Teil des Ileum fand man eine narbig verengte Stelle, die kaum eine Hohlsonde durchließ. Resektion, Darmnaht. Vollständige Heilung.





K. glaubt, daß nach dem Trauma eine Invagination entstanden war, die infolge Gangrän des Intussusseptum zur Stenose führte.

Gückel (Kondal, Saratow).

19) W. P. Shukowski. Über angeborene Dilatation des Dickdarms mit Hypertrophie der Wand des ganzen Darmes, Duodenumstenose und innerer Hernie.

(Med. Obosrenje 1903. Nr. 7.)

Es handelt sich um einen gut entwickelten Neugeborenen mit Verstopfungen vom ersten Tage an; von Zeit zu Zeit traten Ileussymptome auf, die nach Darmentleerung schwanden. Schließlich Tod am 26. Tage nach 5 Tage langer Verstopfung. Die Sektion zeigte Hypertrophie der Mukosa und Muskularis im Dünn- und Dickdarm, Stenose des Duodenum infolge starker Proliferation der Schleimhaut und eine innere Hernie. Der größte Teil des Dünndarms war in der sackartig ausgedehnten Fovea duodenojejunalis eingeschlossen.

Zwei Figuren zeigen das mikroskopische Bild der Darmwand.

Gückel (Kondal, Saratow).

20) Lejars. Cancer primitiv de l'appendice, récidive et généralisation rapides.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 96.)

Die noch geringe Zahl der Fälle eines primären Karzinoms des Wurmfortsatzes vermehrt L. um eine sehr interessante Beobachtung.

Der erst 27 Jahre alte blasse, etwas kachektische und abgemagerte Pat. wurde L. nach mehrfachen geringfügigen Schmerzanfällen in der rechten Fossa iliaca mit der Diagnose chronische Appendicitis zur Operation im freien Intervall überwiesen. Die Untersuchung ergab nur eine Druckempfindlichkeit in der Gegend des MacBurney'schen Punktes. Bei der Operation, einer typisch verlaufenden Resektion des Wurmfortsatzes, fand dieser sich frei von Verwachsungen und deutlichen entzündlichen Veränderungen, nur etwas verdickt und von auffallend weißlicher, milchähnlicher Farbe. Die Wunde heilte per primam, doch besserte sich daß Allgemeinbefinden nicht; die Schmerzen kehrten wieder, und einige Monate später kehrte Pat. ins Krankenhaus zurück mit einer großen höckrigen Geschwulst des Blind- und aufsteigenden Dickdarms und Ascites; ein Explorativschnitt erwies die Unmöglichkeit, die Geschwulst radikal zu entfernen.

Die mikroskopische Untersuchung des resezierten Wurmfortsatzes ergab ein von seiner Schleimhaut ausgegangenes, seine ganze Wandung durchsetzendes, diffuses Karzinom.

Reichel (Chemnitz).

21) Malapert. Lipome volumineux développé aux dépens d'une frange épiploïque de l'S iliaque.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 30.)

Auf Grund der Diagnose einer multilokulären Eierstockscyste laparotomierte M. eine 38jährige Frau, die seit $1^1/_2$ Jahren eine stetige Zunahme ihres Leibesumfanges bemerkte, andere Beschwerden nicht hatte. Zu seiner Überraschung entpuppte sich die Geschwulst als ein 6650 g schweres Lipom, das, in der Bauchhöhle fast ganz frei beweglich, nur am oberen Pole eine gefäßreiche Verwachsung mit dem großen Netze eingegangen war und mit einem federkieldicken Stiel vom freien Rande des S romanum ausging.

Lipome der Appendices epiploicae von solcher Größe scheinen enorme Seltenheiten zu sein.

Reichel (Chemnitz).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 49. Sonnabend, den 5. Dezember. 1903.

1) L. Feinberg. Das Gewebe und die Ursache der Krebsgeschwülste, unter Berücksichtigung des Baues der einzelligen tierischen Organismen.

Berlin, **August Hirschwald,** 1903.

In dem vorliegenden, über 200 Seiten starken Buche legt Verf. die Resultate seiner bisherigen Studien zur Erforschung der Krebsätiologie nieder. Da er den Karzinomerreger in einem Protozoon sucht, so beginnt er mit einer ausführlichen Schilderung und Klassifizierung der einzelligen Lebewesen, sowie mit ihrer vergleichenden Beschreibung gegenüber den Gewebszellen. Dieser naturwissenschaftliche erste Teil nimmt die Hälfte des Werkes in Anspruch.

Der zweite Teil bringt dann seine Ansichten über das Gewebe und die Ursache des Karzinoms. Dem vielfach in stark polemischem Ton gehaltenen Text liegt die Auffassung zugrunde, daß nur dem ein Urteil über die parasitäre, speziell protozoische Ätiologie der bösartigen Geschwülste zustände, der die einzelligen Organismen

genau studiert habe. Mit aller Entschiedenheit lehnt er deswegen alle Einwände von pathologisch-anatomischer Seite ab, soweit ihnen nicht ein ebenbürtiges Protozoenstudium zugrunde liegt, und bezichtigt das Gros der pathologischen Anatomen einer Voreingenommenheit, von der er sich selbst freispricht. Und so hat er selbst denn in der Tat in sehr gründlicher Weise die beiden Hauptbedingungen zu seinen Theorien erfüllt, er hat die Protozoenkunde einerseits und die pathologische Histologie andererseits zum Gegenstand eingehenden Studiums gemacht; einen pathologisch-experimentellen Teil hingegen enthält das Werk nicht.

In seiner Histogenese der Krebsgeschwülste stellt Verf. sich auf den Standpunkt, daß das Karzinom im allgemeinen monozentrisch aus ursprünglich normalen Epithelzellen hervorwächst. Die Krebszelle entsteht durch Teilung der normalen Epithelzelle, das Stroma aus dem Bindegewebe des normalen Körpers. F. steht streng auf Ribbert's Standpunkt, daß die Geschwulst nur aus sich heraus wächst und nicht dadurch, daß sie die umgebenden Gewebe zur Wucherung entfacht. Gelegentlich freilich mag ein plurizentrisches Wachstum im Sinne Petersen's vorkommen. Die Metastasen entstehen durch Verschleppung von Karzinommaterial auf dem Lymphwege; das Stroma der Metastasen entstammt nicht der Muttergeschulst, sondern bildet sich an Ort und Stelle aus dem vorhandenen Bindegewebe.

Erwähnenswert ist F.'s Standpunkt zur Entdifferenzierungsfrage (Anaplasie usw.). Er faßt diese Vorgänge in keiner Weise als eine Rückbildung auf. Die Veränderungen spielen sich nach seiner Meinung sehr viel langsamer ab, als man sich gewöhnt hat, anzunehmen. Noch in den Metastasen können Krebszellen einen Teil ihrer Epithelfunktion erfüllen, und erst langsam klingen diese Eigenschaften ab, um anderen, lebhafteren Lebensäußerungen Platz zu machen.

Unter Nr. 6 im zweiten Teil kommt Verf. auf die Ätiologie, auf sein »Histosporidium carcinomatosum«, nachdem er vorher nochmals gezeigt hatte, daß alle bisherigen Versuche, die bösartige Geschwulstbildung ursächlich zu erklären, als verunglückt zu bezeichnen sind. Er stellt ihnen die Behauptung entgegen, daß nur durch Parasitenwirkung die plötzliche Wucherung der normalen Epithelzelle und die Umwandlung ihrer Tochterzellen zu Krebszellen erklärt werden kann. Das Entstehen des Krebses durch einen tierischen Parasiten erklärt allein »das schrankenlose atypische Wachstum, die Unheilbarkeit, das Auftreten der Metastasen«.

Den Schluß der Arbeit bildet der Versuch, für diese Thesen den histologischen Beweis zu erbringen. Verf. nimmt an, daß es getrennte Gewebsparasiten für Epithelgewebe und für Bindegewebssubstanzen gibt; und zwar sind diese Parasiten streng an ihr Gewebe gebunden; in anderen Geweben, z. B. im Blute, können sie gar nicht existieren. Diese Schlüsse zieht er daraus, daß er seinen Gewebs-



parasiten stets nur im Geschwulstgewebe selbst, im allgemeinen nicht einmal im Stroma gefunden hat. Die Parasiten, deren genaue Beschreibung im Original nachzulesen ist, vermehren sich sowohl durch multiplikative Teilung, wie auch durch Sporenbildung.

Verf. stellt sich nun die ersten Anfänge einer Krebsgeschwulst so vor, daß der Parasit in normale Epithelzellen eindringt und dadurch aus der Epithelzelle Karzinomzellen hervorwachsen läßt. Für diese Vorgänge jedoch kann er keinerlei Beweise bringen, weder histologische, noch experimentelle, und darin wird wohl jeder Leser ohne weiteres den schwachen Punkt seiner Beweisführung erkennen. Verf. sagt: »Über das Eindringen des Histosporidium carcinomatosum selbst können wir uns und werden wir uns wohl auch stets nur durch Erklärungen ohne eigentliche Befunde Aufschluß geben müssen, da, wie ich schon früher erwähnte, das Eindringen des Gewebsparasiten in das Gewebe im allgemeinen nicht verfolgt werden kann.« Disposition resp. örtliche Veranlassung, so nimmt er an, spielen ihre Rolle dabei. Endlich sei noch erwähnt, daß sich Verf. das schrankenlose Wachstum des Karzinoms im Vergleich mit den Wucherungen bei den infektiösen Granulationsgeschwülsten dadurch erklärt, daß Protozoen niemals Toxinwirkung entfalten, wie es die Bakterien tun; die Wirtzellen sind, wie Verf. sagt, nicht durch Toxine gelähmt.

Im ganzen handelt es sich um ein Buch, dem viel Arbeit und viel Einzelstudium zugrunde liegt. Wird es der Lehre vom Histosporidium carcinomatosum einen bleibenden Platz erringen?

Schmieden (Bonn).

---

2) **A. Pappenheim.** Über Pseudoleukämie und verschiedene verwandte Krankheitsformen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXI. Hft. 2.)

Verf. behandelt in einem eingehenden Aufsatze die Pseudoleukämie und die ihr verwandten Krankheitsformen. Er skizziert den Begriff der ersteren hämatologisch und pathologisch-histologisch im allgemeinen und in gröberen Zügen im ersten Teile der Arbeit, um weiterhin die einzelnen Formen der Pseudoleukämie auf Grund der vorhandenen Kasuistik nach dem besonderen klinischen und anatomischen Verhalten ihres Symptomenkomplexes etwas eingehender auf ihre innere Verwandtschaft hin zu betrachten. Der Begriff derselben ist danach weiter zu fassen als bisher, unter Hinzunahme anderer Krankheiten, die bis jetzt als gesonderte Affektionen gegolten haben. Die lymphosarkomatöse Wucherungsform hält P. nur für eine besondere Abart, eine Modalität der lymphadenoiden bösartigen multiplen Hyperplasien, die also auch in den Rahmen der Pseudoleukämie hineingehört. Zu den retikulären Pseudoleukämien rechnet er ferner auch eine periostale Form hinzu, bei der Osteoporose und Osteosklerose nur interessante Zugaben, aber nicht wesentliche Faktoren besonderer Krankheitsbilder sind. In

dem multiplen Myelom sieht er trotz seiner klinischen Besonderheiten, wie Knochenumformung und Albumosurie, nur eine besondere Lokalisation des nämlichen, geschwulstbildenden Prozesses der Lymphosarcomatosis pseudoleucaemica im Knochensystem. Multiples Myelom und malignes Lymphom sind also nur verschiedene Äußerungsformen des gleichen hyperplastisch-lymphosarkomatösen Prozesses, verschiedene Erscheinungsformen der reinen Pseudoleukämie. Das gleiche gilt für die lienalen Affektionen, die pseudoleukämische Splenomegalie. Das maligne Lymphom ist demnach keine reine Drüsengewebskrankheit und das multiple Myelom nicht notwendig auf das Knochenmark beschränkt. Die typischen derartigen Fälle sind nur zufällige Specimina. Man soll nur von einer lymphosarkomatösen hyperplastischen Pseudoleukämie sprechen, für welche das gesamte cytogene Retikulargewebe des Körpers prädisponiert ist. Von der Eingangspforte hängt es wohl ab, welche Organe (Drüsen, Milz) befallen erscheinen. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

3) **Poncet** et **Mailland.** Rhumatisme tuberculeux (Pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire).

(L'oeuvre méd.-chir. 1903. Nr. 34. Paris, **Masson,** 1903.)

Als tuberkulösen Rheumatismus wollen Verff. eine Reihe von Erscheinungen aufgefaßt wissen, welche einen rheumatischen Charakter besitzen und auf die Toxinwirkung der Tuberkelbazillen zurückzuführen sind. Sie betrachten einen bei Tuberkulösen bezw. zur Tuberkulose veranlagten Individuen auftretenden Rheumatismus nicht als einfache Koinzidenz bezw. als gewöhnlichen Rheumatismus, sondern als Manifestation der Giftwirkung der Tuberkelbazillen und verlangen eine strenge Trennung dieser Erkrankungen von dem gewöhnlichen Rheumatismus. Von den gewöhnlichen Formen der Tuberkulose unterscheiden sich diese rheumatischen Erkrankungen auf tuberkulöser Basis dadurch, daß die spezifischen Produkte der Tuberkulose fehlen, und daß die pathologisch-anatomischen Befunde im allgemeinen nicht wesentlich von den Erscheinungen bei anderen akuten, subakuten und chronischen Entzündungen abweichen. Klinisch teilen Verff. das Krankheitsbild in einen artikulären und in einen nichtartikulären tuberkulösen Rheumatismus ein. Bei ersterem stellen sie drei Gruppen auf: 1) Arthralgien, 2) akute und subakute tuberkulös rheumatische Arthritiden und 3) chronische Formen. Der nichtartikuläre Rheumatismus auf tuberkulöser Basis äußert sich vorzugsweise in endo- und perikardialen Erscheinungen, in Reizzuständen der Gehirnhäute, in Störungen der peripheren Nerven, in Hautaffektionen und in gewissen Affektionen des Auges. Therapeutisch ist bei sämtlichen Formen des tuberkulösen Rheumatismus außer der lokalen Behandlung eine sehr sorgsame Allgemeinbehandlung erforderlich, in der speziell die physikalischen Heilfaktoren bevorzugt werden.

Deutschländer (Hamburg).

4) **J. Warbasse.** Observations on wounds of nerves.

(Reprinted from the journ. of the assoc. of mil. surg. of the United States. Carlisle, Pennsylvania. The assoc. of mil. surg. 1903.)

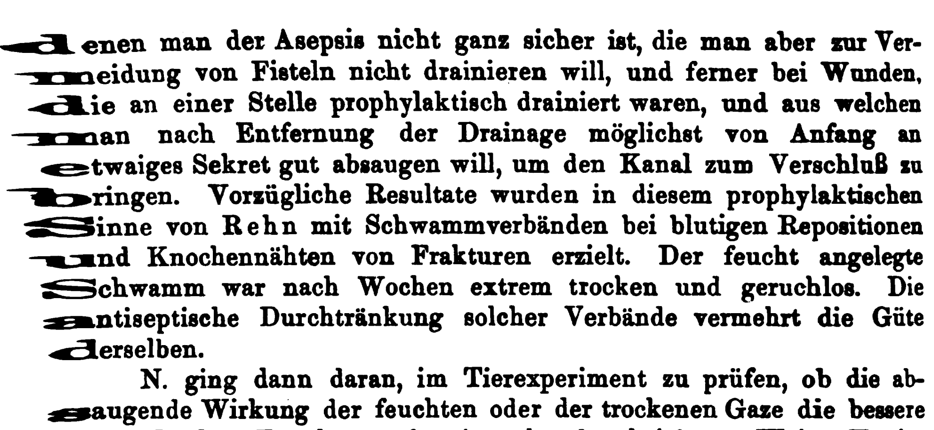
Der Grad einer Nervenverletzung läßt sich am besten beurteilen nach dem Verhalten der von dem Nerven versorgten gelähmten Muskeln. Auch bei bloßen Quetschungen und leichten Verletzungen der Nervenstämme kann eine vollkommene Lähmung auftreten, die nach einigen Tagen wieder zurückgeht. Bei Nervendurchschneidung ist das nicht möglich. Hier stellt sich schon im Verlauf von 24 Stunden eine Verringerung der faradischen Erregbarkeit ein. Nach 4—8 Tagen ist überhaupt keine Reaktion auf faradische Reizung mehr zu erzielen. Die Erregungsfähigkeit für den galvanischen Strom hält dagegen viel länger an. Wird die Wunde infiziert, so schließt sich öfters eine Neuritis an. Bleibt der Wundverlauf aseptisch, so treten die degenerativen Störungen in den Vordergrund. Bei der Behandlung von Nervenwunden hat man zu vermeiden, daß sich zwischen den Nervenstümpfen viel neues Bindegewebe bildet. Dies erreicht man durch die Frühnaht des Nerven und durch möglichste Verhütung der Wundinfektion. Durch Versuche an Vögeln und Kaninchen (Vagusdurchschneidung mit darauffolgender Naht) ist erwiesen, daß der Nervennaht unmittelbare Funktionswiederherstellung folgen kann. Ob das beim Menschen möglich ist, ist noch nicht klargestellt. Das Nahtmaterial soll resorbierbar sein, da sich z. B. beim Gebrauch von Seide um die Nahtschlingen Bindegewebe bildet, was bei der Nervennaht unter allen Umständen vermieden werden muß. W. empfiehlt Chromcatgut oder feine Känguruhsehne. Um zu verhüten, daß sich um den genähten Nerv ein toter Raum bildet, der dann mit Bindegewebe ausgefüllt werden würde, und um den vereinigten Nervenfragmenten gewissermaßen eine Schiene zu geben, soll über über die Nervennahtstelle eine Lage Fascie oder Muskel- oder anderes Gewebe genäht werden. **Läwen** (Leipzig).

---

5) **Noetzel.** Experimentelle Studie zum antiseptischen Wundverband.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXI. Hft. 1.)

Infolge verschiedener Beobachtungen glaubte N. annehmen zu müssen, daß feuchte Verbandgaze das Wundsekret besser aufsaugt als trockne, vor allem weil sie vermöge ihrer stärkeren kapillaren Drainage besser von der Tiefe her austrocknet. Bei länger dauernden Eiterungen verdient ein solcher Verband darum den Vorzug vor dem eigentlich feuchten Verband, bei welchem Sekretstauungen leicht möglich sind und die feuchte Wärme die Vermehrung der Bakterien fördert. Der austrocknende feuchte Verband muß seine hauptsächliche Verwendung auf dem Gebiete der aseptischen Prophylaxe haben. Er kommt deshalb vor allem in Betracht bei Wunden, bei



denen man der Asepsis nicht ganz sicher ist, die man aber zur Vermeidung von Fisteln nicht drainieren will, und ferner bei Wunden, die an einer Stelle prophylaktisch drainiert waren, und aus welchen man nach Entfernung der Drainage möglichst von Anfang an etwaiges Sekret gut absaugen will, um den Kanal zum Verschluß zu bringen. Vorzügliche Resultate wurden in diesem prophylaktischen Sinne von Rehn mit Schwammverbänden bei blutigen Repositionen und Knochennähten von Frakturen erzielt. Der feucht angelegte Schwamm war nach Wochen extrem trocken und geruchlos. Die antiseptische Durchtränkung solcher Verbände vermehrt die Güte derselben.

N. ging dann daran, im Tierexperiment zu prüfen, ob die absaugende Wirkung der feuchten oder der trockenen Gaze die bessere ist. Zu dem Zwecke wurden in näher beschriebener Weise Kaninchen mit Milzbrand an frisch gesetzten Muskelwunden infiziert. Es ließ sich feststellen, daß von 21 Versuchstieren 13 allein durch die kapillare Drainage der Verbandgaze von der sicher tödlichen Milzbrandinfektion gerettet wurden. Ein Unterschied in der Wirkung der feuchten gegen die trockne Verbandgaze war aus den Versuchen nicht ersichtlich. Indessen zeigte sich die kapillare Drainage des feucht angelegten Gazeverbandes insofern stärker, als bei ihr gemäß den Resultaten der bakteriologischen Untersuchung die von der Wunde abgesaugten Keime bis in die äußersten Schichten des Verbandes hinaufgelangten, während sie sich im trocknen Verband nur in den untersten Schichten nachweisen ließen. In dem mit Sublimat getränkten Verband blieben weder die Milzbrandkeime noch die von der Haut in der Wundumgebung hineingelangten Keime entwicklungsfähig.

Verf. empfiehlt zum Schluß nochmals den feuchten austrocknenden Verband zur direkten Wundbedeckung. Die antiseptische Durchtränkung ist aus mehreren Gründen vorzuziehen. Bei Anwendung des Sublimats wird man ein Ekzem vermeiden, wenn man die Haut zuvor mit einem Brei von Dermatol und Wasser bestreicht. Dieser Dermatolbrei wird auch auf die Wunde selbst gestrichen, weil die Seidensuturen durch ihn vorzüglich ausgetrocknet werden und eine sekundäre Stichkanalinfektion vermieden wird.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

6) **J. Plesch.** Eine neue Methode zur Diagnostizierung der Knochenbrüche.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 613.)

P., praktischer Arzt in Budapest, will die Perkussion und Auskultation der Knochen zur Frakturdiagnose heranziehen, hat an Leichen die Methode fast für sämtliche Knochenbrüche ausprobiert und ist der festen Zuversicht, daß sie sich praktisch bewähren wird, obwohl er für ihre Verwertbarkeit am Lebenden auch nicht einen



Beleg beibringt. Beklopft sollen die Knochenepiphysen bezw. bloßliegenden Knochenstellen werden, auskultiert die ganze andere Ausdehnung und Länge derselben, und zwar am besten mittels Phonendoskops. Dabei soll dann gesunde und kranke Seite in bezug auf Schalleitung bezw. Schalländerung, wenn nicht Schallaufhebung verglichen werden und »die Diagnostizierung der Bruchstelle wird daher mit dieser Methode auf keine Schwierigkeiten stoßen«.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

7) **R. Wolff.** Die Frakturen des Os naviculare carpi nach anatomischen Präparaten.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 401.)

W. hatte Gelegenheit, an sechs anatomischen Präparaten verschiedener Herkunft Brüche des Kahnbeins zu studieren. Zum Teil war der Knochen früher nicht als gebrochen, sondern als ein mißgebildetes Os naviculare »bipartitum oder tripartitum« (Gruber) angesehen worden. Das Detail der an jedem Knochenexemplar genau erhobenen Befunde, desgleichen die genau gezeichneten Abbildungen sind im Originale nachzusehen; hier genüge, zu bemerken, daß W. in allen Fällen ein ziemlich typisches Verhalten der Bruchstücke feststellen konnte. Der Bruch begann jedesmal in dem radialsten Abschnitte der Gelenkfläche zum Radius und endete in der Pfanne zum Capitatum. Stets war die Kallusproduktion sehr geringfügig, bestenfalls ausreichend, die geöffneten spongiösen Markräume abzuschließen. Zu bemerken waren ferner teils atrophische Knochenveränderungen (partielle Rarefaktion der Spongiosa und mechanische Abschleifung der Bruchflächen), teils Prozesse wie bei Arthritis deformans (Chondromalakie, Exostosen mit entzündlicher Beteiligung der Knochen, Kapseln und Bänder des ganzen Handgelenks). Die Entstehungsweise des Bruches kann so gedacht werden, daß entsprechend den Anamnesen ein Fall rücklings auf die stark dorsalflektierte Hand stattfand. Hierbei muß das Kahnbein zwischen Radius und den Multangulis festgeklemmt und gestoßen werden.

W. führt aus, daß die fehlende Neigung zur Heilung bei dem Bruche nebst den durch ihn gesetzten sekundären Veränderungen viel Analoges mit dem Schenkelhalsbruch des Greisenalters hat. Mehrere Obduktionsbefunde bei frischen Kahnbeinbrüchen bestätigen W.'s Beobachtungen, so daß er mit Wahrscheinlichkeit sämtliche Ossa navicularia bi- bezw. tripartita der Anatomen für alte Frakturen anzusprechen sich für berechtigt hält. Seitdem die fraglichen Brüche mittels Skiaskopie diagnostizierbar geworden, haben sie erhöhtes Interesse gewonnen. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

W. W. Sender. Praktische Fingerzeige zur Frage der Heilung von Frakturen der unteren Extremität.

(Russ. Archiv für Chirurgie 1903. [Russisch.])

Gestützt auf die Untersuchungen zahlreicher Autoren, besonders von Lane, sucht S. den Nachweis zu führen, daß Frakturen der teren Extremität heute im allgemeinen falsch behandelt werden. Infolge der physiologischen Neigung, die Beine nach außen zu tieren, so zwar, daß die Füße in einem Winkel von ca. 90° zu- nander stehen, kämen sehr leicht Dislokationen ad peripheriam stande, wenn — wie üblich — im Extensionsverband der Fuß rtikal zur Unterlage fixiert werde. S. empfiehlt daher Schienen, ren Fußteil verstellbar ist, weil eine einzige Neigung nicht ge- atten würde, in zweckentsprechender Weise zu individulisieren. Er itt sodann Briscoe entgegen, der empfiehlt, das Fußgelenk in quino-varus-Stellung zu fixieren, weil das die Haltung bei ent- annter Muskulatur sei. Zur Erhaltung der Funktion des Gelenks es vielmehr geboten, den Fuß rechtwinklig zum Unterschenkel fixieren. **V. E. Mertens** (Breslau).

J. Bayer. Über Spiralbrüche des Unterschenkels.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 524.)



B. berichtet über das einschlägige Material Bardenheuer's in öln während der letzten $3^1/_4$ Jahre. Unter insgesamt 2332 Knochen- üchen fanden sich 496 subkutane Unterschenkelbrüche, von wel- en 75 spiralige waren. Von letzteren werden kurze Berichte, hier d da durch Skiagramm illustriert, wiedergegeben. Aus der All- meinbesprechung sei zunächst die von B. reproduzierte Definition ehrer's über die Windungsrichtung von Spiralen erwähnt. Eine chtsläufige Spirale entspricht einer Wendeltreppe, an der man beim ufsteigen die Drehachse zur linken, die rechte Hand frei hat — und ngekehrt. Auch B.'s Material bestätigte, daß mit fast verschwinden- n Ausnahmen die rechte Tibia links-, die linke rechtsspiralig bricht. m häufigsten betroffen waren Männer, und zwar mit Vorliebe be- unkene; doch finden sich auch 10 Frauen und 18 Kinder in B.'s aterial. B. bestätigt den neulich von Lauenstein beschriebenen oppelspiralbruch — Tibia unten, Fibula oben gebrochen —, doch nd sich die Fibula auch bald in gleicher Höhe, bald tiefer wie bia gebrochen, und nimmt B. an, daß der Fibulabruch nicht immer f Torsion zu beruhen braucht, sondern daß, sobald die Tibia durch rehung gesprengt ist, die Fibula einfach unter der Körpergewichts- lastung zusammenbrechen kann. Prognostisch haben sich die iralbrüche lange nicht so ungünstig gezeigt, als sie von ihren ersten utoren (Kröll usw.) dargestellt sind; vielmehr gab ihre Behandlung it den Bardenheuer'schen Extensionsmethoden durchaus befrie- gende Resultate. Der Schluß der Arbeit ist der warmen Empfeh- ng und näheren Beschreibung dieser Therapie gewidmet, und ist

eine Abbildung, welche die verschiedenen von Bardenheuer bei Spiralfraktur gebrauchten Züge darstellt, von Interesse. Es sind 7(!), nämlich 1) Längszug, bis zum oberen Femurdrittel heraufreichend mit 15 Pfund; 2) ein Doppelzug, welcher das obere Fragment nach hinten drückt, Belastung rechts und links 8 Pfund; 3) ein Zug, der das untere Fragment nach oben hebt, 8 Pfund; 4) ein Zug, das obere Fragment nach außen rotierend und 5) einer, das untere Fragment nach innen rotierend — Belastung je 8 Pfund; 6) ein Zug, den Oberschenkel durch Zug nach außen fixierend, Belastung 6 Pfund und 7) ein Zug mit 2—3 Pfund der Entstehung eines Pes valgus entgegen wirkend. Der Gipsverband wurde nur als Notbehelf bei Unruhigen oder Deliranten benutzt. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

Kleinere Mitteilungen.

Ein Fall von Talusbruch.

Von

Dr. **M. Herrera Vegas,**
Chirurg an der Kinderabteilung in dem Hospital de Clinicas zu Buenos Aires.

Talusfrakturen gehören zu den relativen Seltenheiten, so daß Gaupp[1] bloß 60 Fälle aus der Literatur zusammenstellen konnte. Ein Teil dieser Brüche bildet die Komplikation einer Talusluxation, und sitzt dann der Bruch am Halse dieses Knochens. In den anderen, den selteneren Fällen tritt die Fraktur allein, ohne Luxation auf; einer dieser Fälle ist der, dessen Beschreibung folgt.

Fig. 1.



Fig. 2.



Anblick von oben.

J. L., 12 Jahre alt, trat am 17. Juni 1903 in unsere Klinik ein. Vor 5 Monaten hatte er einen Sturz mit dem Pferde erlitten ohne angeben zu können,

---

[1] Gaupp, Beiträge zur klin. Chirurgie 1894.

welche Stellung der Fuß bei dem Unfall angenommen. Ein Gipsverband war angelegt und 40 Tage liegen gelassen worden. Bei der Aufnahme konstatierte ich Atrophie des linken Beines, wie auf der Photographie zu sehen, und Abweichung des Fußes nach innen, so daß derselbe mit dem Unterschenkel einen stumpfen Winkel bildete; dabei war der Fuß in seinen Bewegungen einschließlich Flexion und Extension sehr beschränkt. Unter und vor dem Malleolus externus eine druckempfindliche Stelle. — Retromalleolarrinnen verstrichen, der Fuß scheinbar nach vorn geschoben. Ferse in der Verlängerung der hinteren Beinlinie. Unter den Knöcheln der Fuß bedeutend verbreitert. Eine genaue Diagnose konnten wir bloß auf Grund einer Untersuchung mit Röntgenstrahlen stellen und fanden dabei den Talus scheinbar verlängert und abgeflacht. Diese Verlängerung ließ uns einen Bruch des Knochens annehmen, und schlugen wir die Resektion desselben vor, die wir nach Ollier ausführten. Am extrahierten Knochen ließ sich eine Fraktur nachweisen. Am ausgelösten Knochen fanden wir die Rinne für den Flexor hallucis longus sowie die Apophysis ext. tali eingesunken, die Trochlea durch eine Längsspalte in zwei fast gleiche Hälften geteilt. Diese Spalte wendet sich beim Erreichen des Halses senkrecht nach unten, so daß durch eine T-förmige Bruchebene ein halbes Korpus vom anderen und dem Halse getrennt wird. Der Knorpel zeigt wenig Veränderungen: die Läsionen sehr prägnant an der unteren Fläche des Knochens.

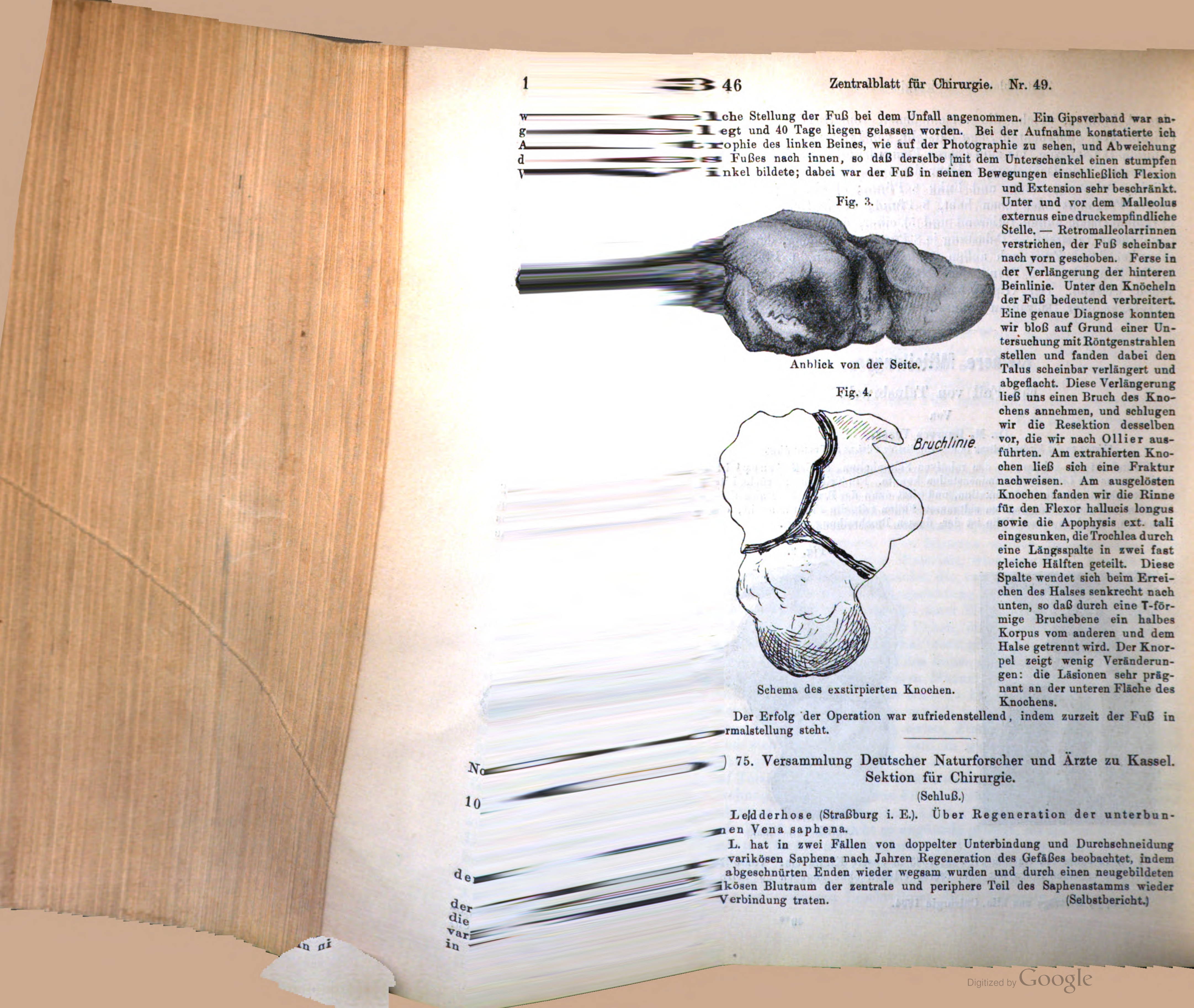


Fig. 3.

Anblick von der Seite.

Fig. 4.

Schema des exstirpierten Knochen.

Der Erfolg der Operation war zufriedenstellend, indem zurzeit der Fuß in Normalstellung steht.

75. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Kassel. Sektion für Chirurgie.

(Schluß.)

Ledderhose (Straßburg i. E.). Über Regeneration der unterbundenen Vena saphena.

L. hat in zwei Fällen von doppelter Unterbindung und Durchschneidung der varikösen Saphena nach Jahren Regeneration des Gefäßes beobachtet, indem die abgeschnürten Enden wieder wegsam wurden und durch einen neugebildeten varikösen Blutraum der zentrale und periphere Teil des Saphenastamms wieder in Verbindung traten. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Bertelsmann (Kassel) erwähnt einen Fall von Zirkumzision des Unterschenkels nach Peterson, in dem die Narbe durch neugebildete Venen überbrückt wurde und sich an einer Stelle ein dicker Varix neu entwickelt hatte.

Kleinschmidt (Kassel).

Oskar v. Hovorka (Wien). Über Stelzbeine und ihre Verwendung in der Massenpraxis.

v. H. konstruierte eine einfache und billige Type von Stelzbeinen für die Massenpraxis, welche wegen ihrer Handlichkeit auch auf dem Schlachtfelde leicht zu verwenden ist. Das Stelzbein besteht der Hauptsache nach aus einem aus Drahtgeflecht hergestellten Körper und einem englischen Stahlrohr; am unteren Ende des Stelzbeines ist ein drehbarer Ansatz angebracht, welcher dem Amputierten das Gehen wesentlich erleichtert und eine einseitige Abnutzung des Gummipuffers hintanhält. Die Polsterung erfolgt mittels Factis, eines bisher noch wenig benutzten, bei der Gummifabrikation jedoch schon lange verwendeten Stoffes. Obwohl das Stelzbein fast vollständig aus Metall hergestellt ist, wiegt es durchaus nicht mehr, als etwa ein Stelzbein aus Holz.

v. H. betont zum Schluß, daß sich die Chirurgen bereits vor der Absetzung des Gliedes mit dem Orthopäden behufs Besprechung über die Wahlstelle und die anzuwendende Prothese ins Einvernehmen setzen sollten; denn es ist unrichtig, wenn man behauptet, daß sich die Prothese nach dem Stumpfe richten solle. Oft bietet ein unzweckmäßig hergestellter Stumpf für die orthopädische Mechanik ein gewaltiges Hindernis. Überdies empfiehlt es sich, bald nach der Vernarbung der Amputationswunde mit einer zielbewußten Gymnastik und Massage des Stumpfes zu beginnen, um vorzeitigen Kontrakturen desselben vorzubeugen. Manchmal nützen die kunstvollsten Prothesen nichts, da der Stumpf inzwischen infolge der Inaktivität gebrauchsunfähig geworden ist. (Selbstbericht.)

Peter Bade (Hannover). Röntgenographisch-diagnostische Beiträge zur Pathologie des Kniegelenks.

Nachdem Vortr. zunächst kurz die Entwicklung des normalen Kniegelenks, das Auftreten und Verschwinden der Epiphysenlinien, die Struktur der betreffenden Knochen und der Gelenkspalte, das Vorkommen von Sesamknöchelchen, besonders der Fabella, geschildert hat, bringt er eine Serie von Bildern, die die Tuberkulose des Kniegelenks in verschiedenen Stadien demonstrieren. Knochenherde im Beginn der Krankheit sind zurzeit nicht zu erkennen.

Eine Aufhellung im Schatten der Epiphyse der Kondylen ist immer bei guten, auch normalen Bildern vorhanden; eine verwaschene Struktur der Aufhellung, wie sie Ludloff beschreibt, stets schon der Ausdruck weitgehenderer Zerstörung.

Die Ausgänge der Tuberkulose nach und ohne Resektion werden demonstriert.

Entwicklungsstörungen des Kniegelenks und ihre röntgenographische Differentialdiagnose bringen einige weitere Bilder.

Rachitis zeigt immer erhaltene, aber verwaschene und zackig gezeichnete Epiphysenlinien, aufgetriebene, verbreiterte Kondylen und Epikondylen, bisweilen an der Knorpelgrenze des Gelenkspaltes kleine perlartige Auflagerungen. Im Gegensatz dazu ist bei der fötalen Rachitis oder richtiger Chondrodystrophia hyperplastica der Epiphysenspalt nicht zu erkennen, die epiphysären Enden kolbig aufgetrieben, die Knorpelenden mit Höckern und Ausbuchtungen versehen, die Diaphyse sehr schmal und dünn, die Kniescheibe verbreitert und tiefer stehend.

Bei der kongenitalen Lues sind die Epiphysenlinien gezackt, die Knorpelenden glatt. Die Differentialdiagnose: ob Krankheitsprozesse oder nur Entwicklungsvarietäten an der Tuberositas tibiae sich abspielen, sei ungemein schwierig, röntgographisch selbst oft auch nicht zu stellen, weil die Form und Lage der Ossifikationskerne an der Tibia nicht ganz einheitlich seien. In einigen Fällen, in denen über Schmerzen in der Kniegelenksgegend, namentlich an der Tuberositas tibiae geklagt wurde, zeigte das Röntgenbild besondere unregelmäßige Ossifikationskerne oberhalb der Tuberositas, die den Eindruck einer Epiphysenlockerung



achten; bisweilen konnten jedoch dieselben Bildungen beobachtet werden, ohne aß Schmerzen vorhanden waren. Bei der anamnestisch sicher nachgewiesenen ongenitalen Lues fand sich eine tiefe Einziehung des Knochenschattens an der uberositas — Schwund der Corticalis —, während unterhalb dieser Einziehung bnorm starke, breite Corticalisentwicklung vorlag.

Eine weitere Gruppe von Bildern demonstriert die traumatischen Knochen-rkrankungen des Kniegelenks. Von Interesse sind hier die Fälle, in denen ohne öntgenuntersuchung keine sichere Diagnose gestellt werden konnte, Frakturen er Kondylen, Absprengungen der Kondylen, Rißfrakturen am Fibulaköpfchen, ubluxationen des Kniegelenks und Zertrümmerung der Eminentia capitata. — ie Zerstörung der Eminentia capitata war nur skiagraphisch nachzuweisen, bei er äußeren Untersuchung fand sich gewöhnlich ein ganz geringgradiges Schlot-ern des Kniegelenks und eine etwas behinderte Beugung.

Diese Fälle demonstrieren wiederholt die Wichtigkeit der Röntgenunter-uchung für die Unfallverletzten, indem für manchen Verletzten die objektive nterlage für seine Schmerzen nachgewiesen wird.

In entgegengesetzter Richtung wichtig war die Demonstration eines Bildes, urch das dem Unfallverletzten direkter Betrug nachgewiesen werden konnte. Er atte einen Schuß ins Knie bekommen, diesen verheimlicht, dagegen angegeben, s sei ihm bei der Arbeit ein Balken gegen das Knie geschlagen. Seine ungefähr /4 Jahre von der Berufsgenossenschaft bezahlten Krankengelder und die Renten-ntschädigung mußten durch den Entlarvten in monatlichen Raten zurückgezahlt verden.

Den Schluß der Demonstration bilden einige Besonderheiten des Kniegelenks, ie teils zufällig, teils wegen Schmerzen zur Untersuchung gekommen und gefunden aren. So wurden die Entstehung von Gelenkmäusen, das Vorhandensein von xostosen am Gelenkende des Femur und der Tibia, Verdickungen an der Fibula, ie durch Druck auf den Nervus peroneus zu ischiatischen Schmerzen Anlaß eben, demonstriert. Eine eigentümliche Bildung an der Innen- und Unterseite es Gelenks, die beim Reiten durch Druck des Knies gegen das Pferd entstanden ar — erwies sich als »Reitknochen«.

Er zeigte eine cystische Bildung und schien sich aus dem Femurkondylus ebildet zu haben, der an der entsprechenden Stelle einen Defekt zeigte. Damit ird die Bernd'sche Theorie, welche die Entstehung des Reitknochens vom Periost us erklärt, gestützt.

Die Arbeit erscheint mit Abbildungen in der Zeitschrift »Fortschritte auf dem ebiete der Röntgenstrahlen«. (Selbstbericht.)

Bertelsmann (Kassel). Über Schenkelhalsfrakturen im jugend-ichen Alter.

Es ist noch nicht lange her, daß man Schenkelhalsbrüche im kindlichen und endlichen Alter zu den großen Seltenheiten rechnete. Seit der Anwendung er Röntgenstrahlen ist es damit anders geworden, und Hoffa hat kürzlich 7 Fälle teils aus der Literatur, teils aus eigenen Erfahrungen zusammengestellt. nter diesen befanden sich aber nur vier, bei denen der Bruch wirklich nachweisbar m Schenkelhals und nicht in der Epiphysenlinie stattgefunden hatte. Redner elbst verfügt über zwei weitere derartige Fälle und legt die Röntgenplatten, die us dem Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-St. Georg stammen, vor.

Die eine Platte zeigt die rechte Beckenhälfte eines 15jährigen Jungen. Er atte 5 Monate, ehe er dort Aufnahme fand, mit einem Kameraden zusammen einen chweren Balken auf der rechten Schulter getragen. Als dieser, der das vordere nde des Balkens trug, dies fallen ließ, bekam Pat. durch das hintere Balkenende inen heftigen Stoß auf die Schulter. Er verspürte sofort Schmerzen in der echten Hüfte und arbeitete an dem Tage nicht mehr, da es so wie so gleich eierabend war. Andern Tags kam er wieder zur Arbeit und arbeitete, wenn uch unter Schmerzen, 8 Tage lang weiter. Dann wurde er krank geschrieben nd auf Rheumatismus behandelt. Als er 5 Monate später ins Krankenhaus kam, aren die Symptome die einer Coxa vara mit völliger Fixation in der Hüfte und

sehr deutlicher Ausprägung der Knickung des Schenkelhalses nach vorn. (Spina—Malleolus internus Verkürzung $3^1/_2$ cm, Trochanter—Malleolus internus keine Verkürzung, Trochanter 3 cm über der Roser-Nélaton'schen Linie.)

Das zweite Bild stammt von einem 18jährigen Mädchen, das vor 2 Jahren direkt mit der Hüfte aufgeschlagen und 8 Tage bettlägerig war. Sie stand dann auf, mußte aber, nachdem sie 4 Wochen umhergelaufen war, wieder ärztliche Behandlung aufsuchen. Im Verlauf derselben hat sich der gegenwärtige Zustand herausgestellt. Die Symptome sind jetzt, 2 Jahre nach dem Unfall, die einer Coxa vara mit mäßiger Behinderung der Abduktion und Außenrotation. Spina—Malleolus internus Verkürzung 3 cm, Trochanter ca. 3 cm oberhalb der Roser-Nélatonschen Linie.

An beiden Bildern sieht man mit Deutlichkeit, daß die Fraktur in der Mitte des Schenkelhalses und nicht in der Epiphysenlinie liegt. Auch hier hatte ein anscheinend geringfügiges Trauma zu nachträglicher schwerer Dislokation und Schädigung geführt. Man soll also bei Verletzungen in der Gegend des Schenkelhalses lieber einmal zu vorsichtig sein, als das Gegenteil. Wahrscheinlich hat es sich bei den beiden Fällen zuerst um subperiostale Frakturen gehandelt, die erst nachträglich bei der Belastung eine Dislokation eingegangen sind.

(Selbstbericht.)

H. Scheidl (Baden bei Wien) bespricht in Kürze die Fortschritte, welche die Behandlung der Brüche der unteren Gliedmaßen in den letzten Dezennien gemacht hat, einerseits durch die Konstruktion von sehr verwendbaren Geh- und Lagerungsschienen, andererseits aber dadurch, daß der Gipsverband direkt auf die Haut angelegt und so der vollendetste Modellverband wurde. Diese Fortschritte kamen jedoch nicht alle dem praktischen Arzte zugute, der nach wie vor die großen Schwierigkeiten des Anlegens der Gipsverbände allein und ohne geschulte Assistenz überwinden mußte. Vortr. demonstriert nun einen Apparat, der diese zum Anlegen eines korrekten Gipsverbands notwendige Assistenz vollständig übernimmt und an Gewicht so leicht ist (1,50 kg), daß derselbe zu jedem Falle mitgetragen werden kann. Derselbe besteht hauptsächlich aus einer Stahlschiene, an deren vorderem (proximalen) Ende ein Halbring aus Messingblech aufgesetzt wird, welcher, mit einem Riemen um den Oberschenkel festgeschnallt, sich gegen den Sitzbeinknorren stemmt. Am rückwärtigen (distalen) Ende läuft an einem Gewinde der Schienenkanten ein Schraubenzylinder, welcher vor sich eine Säule herschiebt, welche mit dem Fuße in starker Verbindung steht. Derselbe wird in folgender Weise angelegt: Zuerst lege ich um den Rist und die Ferse ein starkes, breites Zwirnband in einer 8-Tour von ca. 1 m Länge in der Art, daß ich am Fußrücken nahe dem Sprunggelenk die Mitte des Bandes auflege und an der Fußsohle kreuze, jetzt den einen Teil des Bandes dort festhalte, während ich den anderen um die Ferse herum wieder zur Fußsohle zurückführe, stark anziehe und an der Fußsohle fest knote. So bleiben die beiden Knöchel vollständig frei. Jetzt hebe ich unter mäßigem Zuge das Bein und schiebe die Stahlschiene mit dem Halbring unten bis an den Sitzbeinhöcker vor, worauf der Pat. selbst den Riemen um den Schenkel schnallt. Jetzt liegt das Bein auf der Schiene auf, und ich knote die freien Enden der Zwirnbänder über der Säule fest und beginne durch Drehen des Schraubenzylinders sofort zu extendieren. Nun ist das Bein genügend fixiert, um die Verkürzung zu messen; dann extendiere ich weiter, kooptiere die Fragmente, versorge bei komplizierten Brüchen die Wunde, messe nach usw. und habe jederzeit die beiden Hände frei für alles Notwendige. Sollte der Fuß von der rechtwinkligen Beugung im Sprunggelenk abgewichen sein, so schiebe ich an denselben einen kurzen Querriegel, an dem unter rechtem Winkel ein U-förmiger Fußstab aufgesetzt ist, soweit hinan, bis der Fuß in rechtwinkliger Beugung fixiert bleibt. Der Querriegel kann durch eine Schraube fixiert werden. Statt das Bein einzufetten oder zu rasieren — beides kann übrigens anstandslos geschehen —, lege ich nun um Apparat und Bein, nachdem dasselbe die richtige Länge und die Bruchenden die günstigste Stellung erreicht haben, eine Schicht dünner Mullbinde und darüber sofort die Gipstouren. Nach der ersten Tour lege





ich nun von der Mitte des Fußrückens, auf der Streckseite bis ans obere Ende des Verbandes reichend, einen bis zwei leicht befettete, ca. 1 mm starke Stahldrähte und darüber die übrigen Gipstouren. Mit diesen Drähten wird bei der Verbandabnahme der Gipsverband aufgerissen und so in wenigen Minuten leicht abgenommen. Kurz nach Fertigstellung des Verbands ist derselbe auch schon so hart, daß er die volle Funktion des Apparats übernehmen kann. Jetzt wird der Apparat aus dem Verbande auf folgende Weise vollständig entfernt. Erst löse ich die Extension durch Zurückdrehen des Schraubenzylinders oder ich durchschneide das Zwirnband, dann ziehe ich den Fußstab vertikal aus dem Verbande, löse hierauf den Riemen am Oberschenkel, ziehe den Halbring leicht von der Stahlschiene, die ich nun selbst unter mäßig starkem Zuge und leichter Drehbewegung aus dem Verbande ziehe. Der Querriegel wird nun seitlich fortgenommen. Die 8-Tour der Fußlasche wird an der Sohle durchgeschnitten und aus dem Verbande gezogen. Um dies zu erleichtern, kann man den Fußrücken sowie auch die Stahlschiene leicht befetten. So habe ich den ganzen Apparat vollständig aus dem Verbande entfernt und habe die Gewißheit, daß die Bruchenden in derselben Stellung sich befinden, die ich ihnen vor dem Anlegen des Verbandes gegeben habe. Nun ist die nächste Frage: Leidet der Verband durch das Entfernen des Apparates keinen Schaden in seiner Festigkeit oder in seiner Funktion? Nach meinen zahlreichen Versuchen kann ich dies bestimmt verneinen. Der schwächste Teil des Verbandes ist der Sohlenteil, aber ich kann den ganzen Sohlenteil entfernen und nachträglich erneuern, ohne daß die Wirkung des Verbandes Schaden leidet. Die Stahlschiene selbst bietet manchen Vorteil für den mit der Gipstechnik wenig Vertrauten dadurch, daß die Gefahr einer zirkulären Abschnürung, die an den wenig muskulösen Partien des Unterschenkels am größten ist, ausgeschlossen ist, und auch bei etwas zu straff angelegten Bindentouren nach dem Entfernen der Schiene ein genügender Raum gebildet wird für den arteriellen Zufluß und für den venösen Abfluß durch die Vena saphena parva, in deren Verlaufsrichtung die Schiene gelegen war.

Von den damit behandelten Fällen will ich kurz über den berichten, der mir als besonders beweisend für die praktische Verwendbarkeit und Leistungsfähigkeit meines Apparates erscheint.

Ein junger Mann wurde am 12. August d. J. in einer Metallwarenfabrik von einem Transmissionsriemen erfaßt, erst in die Höhe gehoben, dann von oben herabgeschleudert, so daß er neben mehrfachen anderen Verletzungen auch einen Bruch des rechten Oberschenkels erlitt. Damit lag er in leichter Gewichtsextension im städtischen Spital der Stadt Baden. Am 20. August, also 8 Tage nach erlittenem Bruche, besuchte ich den Pat. zum erstenmal. Die Behandlung dieses Falles wurde mir in kameradschaftlicher Weise überlassen, und ich ließ von dem Bruche eine Röntgenaufnahme machen. Dieselbe zeigt den Bruch an der Grenze des oberen und mittleren Drittels des Oberschenkels. Die Fraktur erweist sich als ein Schrägbruch mit starker Dislocatio ad axin, ad latus und ad longitudinem. Die Verkürzung betrug 6 cm. Nun legte ich den Apparat an und extendierte, bis die Verkürzung fast vollständig behoben war. Jetzt wurde sofort in der oben angegebenen Weise der Gipsverband angelegt. Bei allen diesen Prozeduren lag der Kranke im Bette und brauchte keine Lageveränderung mit demselben vorgenommen zu werden. Am 15. September wurde der Verband abgenommen, und das Heilungsresultat war ein gutes. Die Dislocatio ad axin und ad latus ist vollständig behoben, die Verkürzung von 1 cm kommt nicht zum Ausdruck.

Über die sonstige Verwendbarkeit des Apparates und dessen kriegschirurgische Bedeutung werde ich gelegentlich sprechen. (Selbstbericht.)

C. Stern (Düsseldorf). Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlung chronischer Nephritis.

S. bespricht kurz die modernen Bestrebungen, die Nephritis zum Gegenstand chirurgischer Eingriffe zu machen, indem er besonders den Anteil hervorhebt, den James Israel, Harrison und Edebohls an der Frage haben.

Die Arbeiten Israel's betonen vor allem, daß die Lehre von den Blutungen aus gesunden Nieren (angioneurotische Blutungen nach Klemperer) für die Mehrzahl der Fälle nicht zutreffe, daß vielmehr in diesen Fällen organische Veränderungen (nephritische) die Ursache der Blutungen seien, und daß die Nephrotomie in diesen Fällen günstig auf das Leiden einwirken könne. S. belegt die Richtigkeit dieser Auffassung durch einen Fall, in welchem enorme Blutungen, die den Verdacht auf Tumor oder Tuberkulose erregten, durch die Nephrotomie zum Stillstand gebracht wurden. Die Niere zeigte stark ausgeprägte interstitielle Veränderungen. Gegenüber diesen Fällen, in denen der Blutung wegen operiert wird, und weniger in der Absicht, eine Nephritis zu operieren, gehen die Vorschläge Harrison's und neuerdings Edebohls' dahin, die Nephritis als solche anzugreifen. Harrison spaltet die Niere resp. die Kapsel behufs Druckentlastung, Edebohls entfernt die Kapsel (Dekapsulation).

S. bringt Beispiele von diesen Operationen und bespricht vor allem einen Fall, bei dem eine mit Ascites und Ödemen komplizierte, schwere, seit einem Jahre bestehende Nephritis nach Spaltung der einen Niere rasch zur Ausheilung kam. Weiter gibt S. ein Beispiel von abszedierender Nephritis, in dem die Nephrotomie heilend wirkte. Wenngleich die Zeit einer »chirurgischen Behandlung der Nephritis« noch nicht gekommen sein dürfte, glaubt S. doch für bestimmte Indikationen ein chirurgisches Eingreifen empfehlen zu dürfen; dahin gehört einmal die Massenblutung bei chronischer interstitieller Nephritis und zweitens die durch innere Mittel nicht mehr zu bekämpfende Anurie und Oligurie im Laufe der subakuten oder chronischen Nephritis (breite, weiße Niere).

Der Vortrag wird anderweit veröffentlicht. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Rehn (Frankfurt a. M.) rät zu großer Vorsicht bei operativem Vorgehen, da der Erfolg unsicher sei. **Kleinschmidt** (Kassel).

Goldberg. Erfolge in der Verhütung der Harninfektion.

Bei Gonorrhöe und bei Urogenitaltuberkulose läßt sich der Eintritt und die Heilung einer Harninfektion, da es sich alsdann um eine Mischinfektion handelt, nur durch kulturelle Untersuchung feststellen. Die Erfolge der lokalen Gonorrhöetherapie sind nicht zum wenigsten durch die dabei aufgewandte Asepsis bedingt.

Bei Tuberkulose der Harnwege ist es schwierig, aber möglich, bei Eingriffen eine Sekundärinfektion zu verhüten; eine einmal etablierte zu heilen ist kaum möglich. Bei den übrigen Krankheiten der Harnwege ist Eintritt und Heilung der Harninfektion an der Pyurie kenntlich.

Aus der folgenden Tabelle sind die Erfolge, die ich in den letzten Jahren erzielte, ersichtlich.

1) Blasengeschwülste (20). Bei 10 Pat. kein Eingriff, bei 3 Spontaninfektion (Karzinome), bei 7 (benigne Tumoren) nicht. 10 operiert (5 benign, 5 malign); Infektion nicht zu verhüten.

2) Blasensteine (25). Alle operiert, meist mit Lithotripsie. 10 steril zugegangen, 8 blieben es, 2 infiziert, 1 tot. 15 infiziert in Behandlung eingetreten; Infektion 3mal geheilt, 11mal lokalisiert, 1mal führte sie zum Tode.

3) Strikturen (93). Von den 35 uninfiziert zugegangenen wurde keiner infiziert, von den 58 bei Beginn vorhandenen Infektionen 25 geheilt, 26 gebessert; 7mal leichtere Formen von Katheterfieber, aber nur bei den anfänglichen Eingriffen.

4) Prostatahypertrophien (134). 78 steril zugegangen, bei 50 wiederholte Eingriffe unnötig; von 28 lange katheterisierten (11 akute, 15 chronische inkomplette Retentionen), 25 steril entlassen, nur 3 infiziert. Von 56 infiziert zugegangenen 25 geheilt, 31 gebessert.

Die Methodik, welche zu diesen Erfolgen führte, ist auseinandergesetzt in »Verhütung der Harninfektion, Handhabung der Asepsis und Antisepsis bei der



Behandlung der Harnkrankheiten«[1]. Die Prognose aller operativen Eingriffe an den unteren Harnwegen wird mehr oder weniger beherrscht von dem Eintritt oder Ausbleiben der Harninfektion; anfangs lokal, führt sie in früher oder später Zeit durch Ausbreitung zum Tode. (Selbstbericht.)

O. Ziemssen (Wiesbaden). Urethrismus.

Das Wort Urethrismus, dem Vaginismus nachgebildet, soll ähnliches bedeuten. Darunter verstehe ich erstens einen Zustand, dem Chirurgen besonders bekannt, nämlich: nach Einführung eines selbstverständlich sterilisierten Katheters entsteht ein so starker Schüttelfrost, daß man an schwere Infektion denken könnte, jedoch folgt vollkommenes Wohlbefinden; zweitens einen Zustand, den ich in meinem Wohnort, dem von jungen Hochzeitsreisenden, aber auch älteren Herren zu erotischen Zwecken oft aufgesuchten Wiesbaden bisweilen beobachte, nämlich bei zu lange ausgedehntem Prodromalstadium der beabsichtigten Kohabitation entsteht ein heftiger Schüttelfrost, während dessen das erigierte Membrum in sich zusammensinkt, und nach welchem eine ganz unbedeutende Feuchtigkeit am Orificium ext. urethr. sich zeigt; auch ihm folgt später Wohlergehen; und endlich drittens einen Zustand, der früher zur Zeit der öffentlichen Spielbanken häufiger war, nämlich bei forcierter Unterdrückung des Harndrangs entsteht ein Schüttelfrost, der aber mit Entleerung der Blase schwindet und keine direkten üblen Folgen hinterläßt. Aufklärung dieses Zustandes, die ich in der Literatur nicht fand, brachte mir folgende Beobachtung:

Ein durchaus kräftiger, im übrigen gesunder, 26jähriger Herr konsultierte mich wegen dumpfen Druckes in Reg. hypogastr. Er gab an, daß er beim Anblick eines jeglichen weiblichen Wesens, ja selbst beim Anblick lasziever Bilder an den Straßenschaufenstern von unangenehmen Erektionen geplagt werde, die er in keiner Weise bemeistern könne. Nach jedem Versuche, dies auf natürlichem Wege oder sonstwie zu tun, habe er diesen tagelang anhaltenden Druck, eine Ejaculatio seminis trete niemals ein. Er gab ferner an, daß er bereits ärztliche Hilfe gesucht habe, aber vergeblich; so habe z. B. Fürbringer (Berlin), der sein Leiden für ein Rückenmarksleiden hielt, ihn nach Baden zu Gilbert geschickt er sei dort elektro- und hydrotherapeutisch, aber resultatlos behandelt, doch sei dort konstatiert, daß nach schwerstem Schlafe Flecken in der Bettwäsche sich fanden, die als Samen erkannt wurden. Das Leiden des Pat. bestand also nicht in mangelnder Samenbildung, auch nicht in mangelnder Erektion, sondern in der Unfähigkeit, den Samen willkürlich zu entleeren, der, zurückgestaut, jenen dumpfen Druck hervorrufen mußte. Die Untersuchung ergab zunächst normale Verhältnisse, speziell kein Symptom, das auf Rückenmarksleiden hinwies. Dagegen fiel auf, daß Pat., zum Urinieren aufgefordert, lange drücken mußte, bis die ersten Tropfen kamen, denen dann ein dünner Strahl folgte. Pat. gab an, daß dies von Kindheit an nicht anders gewesen wäre. Bougie Nr. 17 Fil. Charr. bis zur Pars prostatica eingeführt, wurde hier festgehalten. Ich griff dann zu der von mir seit etwa 30 Jahren geübten und auch seinerzeit publizierten Methode des Einlaufs von Flüssigkeit in Urethra und Blase ohne Einführung eines Katheters, nur mittels eines Mundstückes auf das Orif. ext. urethrae. Diese meine Methode, deren Publikation damals weniger beachtet wurde, ist unter dem Namen der Janet'schen mehr bekannt geworden. Nach Einlauf von 10 g, also dem der Harnröhre entsprechenden Quantum, trat Spasmus ein, der weiteren Einlauf hinderte; zugleich klagte Pat. über Schmerzen an der Innenseite der Oberschenkel, wie dies ja bei Manipulationen an der Pars prostatica oft beobachtet wird. Aus diesem Befunde, sowie aus der erneuten Versicherung des Pat., daß er niemals Gonorrhöe, noch andere Erkrankung der Urethra bemerkt habe, schloß ich nun, daß es sich bei dem Pat. um angeborenen Spasmus handle, ähnlich dem Vaginismus, einem Spasmus, der durch jeden Fremdkörper, sei dieser nur ein Tropfen Harn oder Sperma, von hinten, feines Bougie oder Flüssigkeit, von vorn eingedrungen, ausgelöst werde. Diese Deutung erklärte die Dysurie, die schließlich nur durch den starken

[1] Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1904.



Druck der Blase überwunden wurde; sie erklärte das Ausbleiben der Ejaculatio seminis, die das in der Urethra gegebene Hindernis nicht bewältigen kann und, der starken Vis a tergo der Blase entbehrend, zurückgestaut den dumpfen Druck im Duct. ejaculator. erzeugt und erst im tiefsten Schlaf einen Ausweg findet; sie erklärt schließlich den bei Füllung der Urethra von vorn auftretenden Schmerz im Oberschenkel. Auf Basis dieser Diagnose und in Analogie mit dem beim Vaginismus von mir oft erprobten Verfahren der langsamen Dehnung habe ich dann langsam die Urethra und Blase durch Borsäureeinlauf mittels der oben erwähnten Methode gedehnt. Das Verfahren glückte. Nach 4 Wochen war die Dysurie beseitigt, und nach weiteren 3 Wochen konnte Pat. mir über regelrechten Koitus berichten. Spätere Nachrichten bestätigten die Wiederherstellung.

(Selbstbericht.)

v. Büngner (Hanau). Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen[1].

v. B. berichtet nach einem Hinweis auf die Bedeutung der Pfählungsverletzungen überhaupt über die Pfählungen durch das Foramen obturatorium des Beckens mit extraperitonealer Verletzung der Harnblase. (Selbstbericht.)

Diskussion.

Braun (Göttingen) hat Pfählung durch Fall auf eine im Boden steckende Lanze beobachtet. Gang in der Bauchwand bis Nabelhöhe; dort führt ein Loch in die Bauchhöhle. Aus der Bauchwandwunde starke Blutung in die Bauchhöhle hinein. Glatte Heilung. **Kleinschmidt** (Kassel).

Hoffmann (Düsseldorf). Über akute Magendilatation.

Verf. berichtet über einen Fall von akuter Magendilatation, den er operativ behandelte. Er bespricht zuerst die verschiedenen Gruppen der akuten Magendilatation, eine auf zentrale Störungen beruhende und eine durch Diätfehler hervorgerufene. Nach einem kurzen Literaturbericht wird der in Frage stehende Fall eingehend geschildert.

Es handelte sich um einen mageren, jungen Mann mit verfallenen Gesichtszügen, Puls klein, 130; Temperatur 36. Abdomen stark aufgetrieben und empfindlich. In der ganzen linken Unterbauchgegend absolute Dämpfung mit Fluktuation. Starkes Erbrechen, das durch keine Mittel zu stillen war; Erbrochenes dunkelbraun, stark sauer, nicht fäkulent. Urinsekretion bis auf ein Minimum reduziert; im Urin nichts Besonderes. Diagnose (bei Fehlen jeglicher Anamnese): Partielle Peritonitis mit abgesacktem Exsudat. Schleunige Operation als ultimum refugium. Schnitt vom Epigastrium bis zum Nabel; es zeigte sich ein großer, kugliger Tumor, welcher der abnorm erweiterte Magen war. Zirkuläre Naht des Magens an das Peritoneum; Punktion des Magens; es entleerten sich ca. 6 Liter dunkelbrauner Flüssigkeit mit einer Menge unverdauter Gurkenstücke. Pylorus und Duodenum durchgängig. Schluß der Bauchwunde, Einlegen einer Dauerkanüle. Zunächst erholte sich Pat., starb jedoch am folgenden Tage unter Zeichen zunehmenden Kollapses.

Die Sektion der Bauchhöhle ergab: Vergrößerung des Magens, in der Schleimhaut streifige Blutungen; Duodenum erweitert; Därme im übrigen kollabiert. Pankreas vergrößert, hart; stellenweise inselförmige Nekrosen. Im übrigen normaler Befund.

Resümee: Vorliegender Fall war zur Stellung einer exakten Diagnose insofern ungünstig, als jede Anamnese auch seitens des vorher behandelnden Kollegen fehlte. Die Dilatation war nach einem Diätfehler akut entstanden bei einem jungen Manne, der vorher nie an auffallenden Verdauungsstörungen gelitten hatte.

Es ist anzunehmen, daß eine Disposition zu dieser Erkrankung vorhanden gewesen ist, bestehend in einer gewissen Atonie, verbunden mit bereits bestehender Magenerweiterung, welche bis dato keine Beschwerden gemacht hat. Die später vom Vater eingeholte Anamnese hat dann auch ergeben, daß Pat. ein Fresser gewesen ist und die Speisen mangelhaft zerkleinert herunterschlang.

---

[1] Eine ausführlichere Darlegung dieses Gegenstands wird demnächst in v. Bruns' Beiträgen zur klin. Chirurgie erfolgen.



Der Fall lehrt:

1) Es gibt eine akute Magenerweiterung, ohne daß vorher ein bereits erkanntes, resp. durch irgendwelche Symptome lästiges Magenübel bestanden hätte.

2) kann beim Fehlen einer Anamnese die akute Magenerweiterung zu diagnostischen Irrtümern führen, welche im Beginne der Erkrankung verhängnisvoll werden können.

3) Hat man es mit einer besonders in der linken Bauchseite liegenden abgegrenzten Dämpfung zu tun, verbunden mit unstillbarem Erbrechen, so soll man stets die akute Magendilatation auch ohne Anamnese mit in den Bereich der differentiellen Diagnose ziehen und zur Sicherstellung eine Magenspülung vornehmen. (Selbstbericht.)

11) Solieri. Istogenesi di un tumore maligno connettivale.
(Sperimentale 1903. Nr. 4.)

Mit 12 Jahren entstand aus unbekannter Ursache eine Geschwulst im Musc. rectus cruris, wuchs in 13 Jahren bis zu Hühnereigröße und blieb dann 25 Jahre stationär. Sie wurde exstirpiert und als Osteoma musculare bestimmt, welches zentral aus verkreideten nekrotischen Partien, weiter aus nekrotischem und peripher aus lebendem Knochengewebe bestand. Von der gewöhnlichen Produktion der Myositis ossificans unterschied sie eine deutliche bindegewebige Kapsel, aus welcher sie bei der Operation unter Zurücklassung derselben ausgeschält wurde.

8 Monate nach der Operation entwickelte sich an der gleichen Stelle ein Myxosarkom, wuchs in 5 Monaten bis zu Kindskopfgröße, wurde exstirpiert und recidivierte nach 3 Monaten.

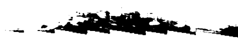
S. glaubt an einen genetischen Zusammenhang, insofern durch den Reiz der Operation das Bindegewebe der zurückgelassenen Kapsel einen Anstoß zu erhöhter neoformativer Tätigkeit erhielt und dadurch in maligne sarkomatöse Degeneration geriet. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

12) Dansauer. Beitrag zur Kenntnis der Gasgangrän. (Aus dem hygienischen Institut der Universität Jena.)
(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 36.)

In der Abhandlung bespricht D. in Anlehnung an einen selbst beobachteten Fall nur die Beziehungen des Bakterium coli zur Gasgangrän, die bei der D.'schen Pat. am rechten Handrücken aufgetreten war und sich über den ganzen Arm und die obere Rumpfgegend bis auf die linke obere Gliedmaße ausgedehnt, und rasch zum Tode geführt hatte. Die vom Verf. vorgenommene Untersuchung an Stücken der Muskulatur mit Unterhautzellgewebe, des Gehirns, der Leber und Milz ergab mit den angestellten Tierimpfungen in diesen Teilen die Anwesenheit von vier verschiedenen Bakteriensorten, dem Bakterium fluorescens liquefaciens, dem Staphylokokkus pyog. aureus, Streptokokkus pyog. und Bakterium coli, die in Reinkultur dargestellt werden konnten; der Fränkel'sche Bazillus phlegmones emphysematosae, wie der Bazillus des malignen Ödems fehlten gänzlich. D. gelangt auf Grund seines Falles und anderer ähnlicher Beobachtungen zu dem Schluß, daß das Bakterium coli commune keinen Anspruch darauf machen kann, als selbständiger Erreger von Gasgangränen anerkannt zu werden, seine Tätigkeit hierbei eine rein saprophytische und von einer primär durch pathogene Bakterien, lokale oder allgemeine Ernährungsstörungen (Trauma, Stoffwechselkrankheiten verursachten Gewebsschädigung abhängig ist. **Kramer** (Glogau).

13) Perez. Stafilococcemia a tipo piemico senza metastasi.
(Policlinico 1903. Nr. 6—9.)

Nach Inzision und Entleerung eines Leberechinokokkus trat eine stärkere Eiterung auf (Eiter enthielt Staphylokokkus albus in Reinkultur), sowie ein pyämisches Fieber mit Schüttelfrösten, ohne daß jedoch Metastasen nachweisbar





wurden; im Blut und Urin wurde der Albus ebenfalls gefunden. Erst nachdem eine zweite, teilweise verkalkte und vereiterte Cyste entleert war, sank das Fieber.

Da schon vorher zeitweise Fieberanfälle bestanden hatten, nimmt P. an, daß in der zuletzt eröffneten Cyste sich schon länger Kokken in abgeschwächtem Zustand befunden hatten, welche unter dem Reize der Operation in Bewegung gerieten und von den Wundsekreten eine erhöhte Virulenz erhielten.

Der Fall gibt ihm Veranlassung zu einer ausführlichen Besprechung der Frage der septischen Erkrankungen. Er unterscheidet 1) Toxinämie (durch bakterielle Toxine und Proteine, durch Stomaine, Leukomaine und animalische Gifte). 2) Bakteriämie (durch Milzbrand, Streptokokken, Staphylokokken und Kolibakterien). 3) Pyämie (durch Strepto-, Staphylo-, Pneumokokkus. Bakterien nur vorübergehend im Blute). Die Bakteriämie kann den Typus des septhämischen Fiebers zeigen oder den des pyämischen Fiebers. Letzteres lag in seinem Falle vor, aber ohne daß lokale Ansiedlung von Bakterien stattfindet. Die anfallsweisen Steigerungen der Erscheinungen beruhen auf vorübergehenden stärkeren Anhäufungen von Toxinen und Bakterien im Blute. Die zweite und dritte Form können sich aber vermischen zu einer Form, die P. Bakteriopyämie nennt.

Die Anämie, welche bei solchen Fällen immer gefunden wird, lag auch hier vor. Versuche mit Mischung des Blutes des Pat. mit normalem ergab eine unverkennbare hämolytische Wirkung. **E. Pagenstecher** (Wiesbaden).

14) **Cossmann** (Duisburg). Azetonvergiftung nach Anlegung eines Zelluloid-Mullverbandes.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 36.)

Die Vergiftungserscheinungen traten kurze Zeit nach Anlegung des Zelluloidverbandes um Hüftgelenk und Bein auf; der betreffende 12jährige Pat. wurde sehr unruhig, klagte über starkes Brennen an den Beinen, bekam Erbrechen und wurde schließlich tief komatös, sein Puls klein, kaum fühlbar. Die Exspirationsluft roch stark nach Azeton, selbst noch am folgenden Tage, an dem die bedrohlichsten Erscheinungen zwar geschwunden, aber noch Benommenheit und Schläfrigkeit vorhanden waren; auch im Harn fand sich Azeton, ebenso im Erbrochenen. — Bemerkenswert ist, daß der Verband nicht in Narkose und nicht auf einem Gipsmodell, sondern unmittelbar auf dem mit Trikotstoff bekleideten Körper angelegt worden, die Vergiftung also wohl auf dem Wege der Resorption durch die Haut erfolgt war. **Kramer** (Glogau).

15) **E. Casati.** Sul trattamento dei monconi nelle amputazioni.

(Communicazione fatta all' accademia di scienze med. e naturali in Ferrara 1902. Dezember 27.)

Bekanntlich ist die Frage der tragfähigen Amputationsstümpfe in den letzten Jahren auf dem deutschen Chirurgenkongreß wiederholt erörtert worden. Bunge hat dabei die beachtenswerte Mitteilung gemacht, daß die Amputationsstümpfe auch dann vollkommen schmerzlos und tragfähig werden, wenn es nur gelingt, die medulläre und periostale Kalluswucherung zu verhüten. Diesen Vorschlag hat Verf. in 11 Fällen nachgeprüft und ist mit dem Erfolge sehr zufrieden. C. verfährt folgendermaßen: Zirkelschnitt durch die Weichteile und Umschneidung des Periost. Zurückschiebung des letzteren peripherwärts etwa 1,5 mm weit. Durchsägung des Knochens im periostfreien Teile. Auslöffelung des Markes 0,5 cm tief. Naht der Muskeln und der Haut, und zwar so, daß die Nahtlinien beider sich rechtwinklig kreuzen (um Verwachsungen möglichst zu vermeiden). C. legt auch großen Wert auf eine exakte Blutstillung und operiert daher nur mit Hilfe manueller Kompression der großen Gefäßstämme. **A. Most** (Breslau).

16) **S. S. Nalbandow.** Zur Frage von den Schulterverrenkungen bei Syringomyelie.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 24.)

Pat., 55 Jahre alt, Steinbrecher, leidet seit etwa 25 Jahren an Syringomyelie; mehrmals verletzte er bei der Arbeit seine linke Hand, ohne es zu spüren; ebenso



schmerzlos verliefen eine Eiterung am Daumen und eine Phlegmone des Vorderarms. Vor einem Jahre spürte er beim Heben eines schweren Steines Krachen im linken Schultergelenk, doch da es nicht schmerzte, arbeitete er 2 Stunden weiter. Bei der Untersuchung fand man eine typische Syringomyelie, eine volare Verrenkung des linken Daumens, eine Verrenkung des Vorderarms mit dem Os triangulare und lunatum auf das Dorsum carpi, endlich eine Schulterverrenkung nach innen und vorn, die sich leicht einrichten ließ, aber sofort wiederkehrte. Das rechte Radiokarpalgelenk war schlotterig. **Gückel** (Kondal, Saratow).

17) Schwartz. Luxation incomplète et habituelle du nerf cubital. Maintien du nerf dans la gouttière épitrochléo-olécranienne à l'aide d'un lambeau aponévrotique emprunté à l'aponévrose épitrochléenne. Résultat fonctionnel très bon.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 3.)

Pat. hatte sich die Subluxation des N. ulnaris 2 Monate vorher beim Heben einer schweren Last zugezogen; bei jeder kräftigen Bewegung im Ellbogengelenk empfand er einen Schmerz im Vorderarm und besonders dem 4. und 5. Finger mit dem Gefühl des Ameisenkriechens. Die operative Freilegung des N. ulnaris in der Furche hinter der Epitrochlea zeigte seine Befestigung gelockert; vor allem auffallend war aber eine erhebliche Verdickung des Nervenstammes bis auf das doppelte seines normalen Volumen. S. fixierte den Nerven in seiner Knochenrinne durch einen Bindegewebslappen, den er in der Aponeurose der Epitrochlea umschnitt, zurückklappte und an dem Olekranon annähte. 6 Wochen nach der Operation konnte Pat. seine Tätigkeit als Gassenkehrer wieder aufnehmen.

Reichel (Chemnitz).

18) Blecher. Satteltaschenschienen für Ober- und Unterschenkelbrüche.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1903. Hft. 8.)

Die Cramer'schen Schienen bestehen aus zwei vertikalen dünnen Metallstäben, welche durch kurze horizontale Metallstäbe verbunden sind. Zwei derartige Schienen hat Verf. durch einen Schlosser wie eine Binde fest aufrollen lassen, um sie in der Satteltasche des Sanitätsoffiziers unterbringen zu können. Die Länge der einen Schiene beträgt aufgerollt 85 cm; sie ist für den Unterschenkel bestimmt; die Länge der anderen entspricht einer Schiene von 130 cm und reicht als äußere Schiene bei Oberschenkelbrüchen vom Fuß bis zur Hüfte. Die kürzere Schiene wiegt aufgerollt 200 g, die längere 250 g; beide lassen sich in einer nicht zu kleinen Satteltasche unterzubringen, sie schmiegen sich beim Gebrauch dem zu schienenden Teile gut an.

Da die aufgerollten Schienen verhältnismäßig schmal sind, wird je eine allein auch für einen Notverband kaum genügen, entweder müssen beide für das gebrochene Glied verwandt werden, oder es wäre nötig, bei Verwendung nur einer Schiene noch anderes improvisiertes Schienenmaterial zum Feststellen des verletzten Gliedes hinzuzunehmen. Immerhin scheinen diese aufgerollten Schienen praktischen Wert zu haben. (Ref.) **Herhold** (Altona).

19) G. Müller. Zur Kasuistik und Statistik der Patellarfrakturen.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXX. Hft. 3.)

M. sah unter 2000 Verletzungen resp. 1000 Knochenbrüchen 15 Kniescheibenbrüche. In 11 Fällen waren Verbände zur Heilung angelegt, nur bei 4 Pat. war die Knochennaht ausgeführt worden. Für die mit Verbänden Behandelten ergab sich eine Durchschnittsdauer von 98 Tagen für die Primärbehandlung und von 71 Tagen für die Nachbehandlung in einem mediko-mechanischen Institut. Bei den genähten Fällen betrug die Durchschnittszeit 93 Tage für die Primärtherapie, 125 Tage für die Nachbehandlung. Die Knochennaht scheint also eine um 25%



längere Behandlungsdauer zu erfordern. Die nicht genähten Fälle zeigen doppelt so häufig Diastase der Fragmente wie die genähten. Die Durchschnittsbeweglichkeit im Gelenk ist bei der Knochennaht am Schluß der Nachbehandlung um 30° geringer als bei der einfachen konservativen Therapie. Was das Endergebnis anlangt, so ist bei keinem einzigen Falle eine absolute Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erzielt worden. Bei allen Fällen blieb am Ende eine teilweise Erwerbsbeschränkung zurück, deren Durchschnitt 24% bei den nicht genähten, 40% bei den genähten Brüchen betrug. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

20) N. N. Wesselowsorow. Zur Frage von der operativen Behandlung der Kniescheibenbrüche.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 34.)

1893—1901 wurden im Obuchow-Hospital in Petersburg an 11 Pat. 12 Kniescheibenbrüche mit Knochennaht behandelt. 10 Brüche waren frisch, 2 schon veraltet. Zweimal wurden wiederholte Brüche derselben Kniescheibe beobachtet, davon einer genäht. Die Resultate waren gut, mit Ausnahme eines Falles, wo vor der Operation hartnäckig versucht wurde, eine subkutane Knochennaht anzulegen, doch ohne Erfolg; nach der Operation vereiterte das Gelenk, Eitersenkungen in die Muskeln traten auf, und Pat. ging an Pneumonie zugrunde. In den letzten Jahren legt Trojanow den Hautschnitt nicht quer über die Kniescheibe, sondern bogenförmig, ähnlich dem Schnitte Textor's; bei dieser Schnittrichtung fallen die Hautwunde und die Bruchlinie in verschiedene Ebenen, was besser vor Infektion schützt und für die spätere Funktion eine günstiger gelegene Narbe schafft. **Gückel** (Kondal, Saratow).

21) Maison. Rupture complète du ligament rotulien traitée par la suture metallique; guérison et restauration fonctionelle.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1903. August.)

Beim Versuch, über ein hohes Hindernis zu springen, verspürte ein Offizier plötzlich einen heftigen Schmerz im rechten Knie. Durch die Untersuchung im Hospital wurde festgestellt, daß das Lig. patell. dicht an seinem Ansatze am unteren Rande der Kniescheibe quer völlig durchgerissen war. Durch zwei Silberdrähte, welche oben durch die knöcherne Kniescheibe, unten durch das Band geführt wurden und durch Naht der eingerissenen seitlichen Kapselteile wurde ein ausgezeichnetes funktionelles Resultat erzielt und Pat. dem militärischen Dienste erhalten. Die eingeheilten Silberdrähte hinderten die Bewegungen des Knies weder beim Marschieren noch beim Reiten.

Verf. spricht sich entschieden für die Naht aus in jenen Fällen, wo das Kniescheibenband total durchgerissen ist. Von 25 derartigen Fällen, welche Berger ohne Naht behandelte, heilten nur 14; während 7 von Lyot operierte Fälle alle ein ausgezeichnetes Resultat ergaben. **Herhold** (Altona).

22) E. Delanglade. Genu recurvatum congénital. Anatomie pathologique. — Déductions thérapeutiques.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 3.)

Die Sektion eines 10 Stunden nach der Geburt an einer geplatzten Spina bifida gestorbenen Achtmonatkindes gab dem Verf. Gelegenheit, beiderseits den Bau eines Genu recurvatum zu studieren. Er konnte feststellen, daß es sich dabei um eine unvollständige angeborene Verrenkung des Schienbeins nach vorn handelt, welche den wesentlichen Grundcharakter der Deformität vorstellt. Dazu kommt, um dieselbe noch mehr auszuprägen, eine Verkrümmung des Unterschenkels, bedingt durch eine diaepiphysäre Umknickung des unteren Femurendes, und diese fehlerhafte Stellung wird unterhalten durch die Spannung der vorderen und Verlagerung der hinteren Oberschenkelmuskeln, außerdem aber noch durch eine



Spannung der vorderen Bänderteile, welche die charakteristischen Querfalten der Haut erzeugen.

Für die Behandlung ergeben sich daraus verschiedene Anzeigen: 1) die Reposition der Tibia und Erhaltung in dieser Stellung zur Ausbildung einer entsprechenden Gelenkfacette; 2) die Stellung des Knies im rechten Winkel, um den vorderen Teil des Epiphysenknorpels an der Tibia vom Druck zu entlasten und ihn frei auswachsen zu lassen (zum Ausgleich der diaepiphysären Verkrümmung); 3) die verkürzten Muskeln und Bänder methodisch durch Zug und sonstige Manipulationen für die Reposition vorzubereiten; Beugung, Abduktion und Außendrehung in der Hüfte entspannt dabei die beteiligten Muskelgruppen. Nach diesen Gesichtspunkten hat Verf. in einem Falle erfolgreich die Behandlung gelenkt.

Herm. Frank (Berlin).

23) **Wiesinger.** Hydrops intermittens; Heilung durch Jodoform-Glyzerininjektion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 35.)

Der 40jährige Pat. litt seit 5 Jahren an Anschwellungen des linken Kniegelenks, die alle 10 Tage wiederkehrten; dieser Zustand dauerte nur einen Tag, während in der übrigen Zeit keine Beschwerden vorhanden waren. W. machte während des Anfalls eine Injektion von 10 ccm Jodoformglyzerin, nachdem er ein klares, gelbliches Serum, das mikroskopisch einige Leukocyten enthielt, aus dem Gelenk entleert hatte. Seit der Injektion — d. h. seit 5 Monaten — sind die Anfälle fortgeblieben. Wenn W. auch die nervösen Einflüsse bei diesem Leiden nicht ganz ausschalten will, so glaubt er doch, daß man im wesentlichen dasselbe als ein örtliches ansehen müßte, und zwar nicht als ein selbständiges, sondern als ein Symptom verschiedener Krankheitszustände. **Borchard** (Posen).

24) **Tridon.** Fracture du péroné basse, isolée, à trait longitudinal, et sans deplacement.

(Revue d'orthopédie 1903. Nr. 3.)

Für den von ihm hier beschriebenen Längsbruch am unteren Ende des Wadenbeins hat Verf. nur noch ein Gleichstück aus den Röntgenanstalten der Pariser Krankenhäuser auftreiben können. Klinisch war doppelte Druckempfindlichkeit auffällig, für den Entstehungshergang scheint das Auftreffen einer Gewalt in längerer Fläche wichtig. **Herm. Frank** (Berlin).

25) **G. Engelhardt.** Eine seltene Fußgelenksluxation.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 514.)

Es handelte sich um eine Verrenkung des Fußes mit der Fibula nach hinten. Der kräftige 18jährige Pat. war von einem Treibriemen gegen eine Wand geschleudert. Ein Röntgenbild zeigt die Verhältnisse, ein zweites den Fuß nach der übrigens nicht völlig gelungenen Reposition, die mittels Plantarbeugung, Extension und späterer Dorsalflexion geschah. Vereiterung eines Blutergusses führte zu Infektion des Gelenks, das in Ankylose ausheilte. Der feinere Mechanismus der Luxationsentstehung konnte nicht aufgeklärt werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

26) **Bertelsmann.** Über einen Fall von Luxatio pedis sub talo nach hinten und innen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 382.)

B. beschreibt einen im Hamburger St. Georg-Krankenhause behandelten Fall. Der 21jährige kräftige Pat., guter Turner, machte einen Riesenschwung am Reck und merkte, als hierbei sein Körper senkrecht nach oben stand, daß das Gerüst zusammenbrach, weshalb er unter Beugung der Arme den Rest seines Umschwunges stark beschleunigte. Hierbei traf er infolge des mächtigen kreisförmigen Schwunge





des Körpers und, da er mit dem rechten Fuß mit der Rückseite der Zehen zur Erde kam, derart auf den Boden auf, daß der Fuß eine heftige Plantarflexion erlitt, verbunden mit einem kräftigen Schub nach hinten und einem Supinationsimpuls. Resultat Luxatio pedis sub talo nach hinten und innen, welche 12 Stunden nach dem Unfall bei nur geringer Schwellung schon durch Auge und Tastung gut erkennbar war. Ferse auffallend verlängert, Supinations- und mäßige Spitzfußstellung. Der Talus und die anderen Tarsalknochen in ihren veränderten Lagebeziehungen durchfühlbar. Das Röntgenbild gibt noch näheren Aufschluß. Die Reposition gelingt in tiefer Narkose durch Verstärkung der Plantarflexion nebst kräftigem Zug am Fuße in der Richtung der Unterschenkelachse. Hierdurch wurde die wahrscheinlich vorhanden gewesene Verhakung einer Talussacke am Calcaneus gelöst. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

27) **F. Bannes.** Über Luxationen im Lisfranc'schen Gelenk.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 371.)

B. beobachtete im Krankenhaus zu Gleiwitz einen einschlägigen Fall. Der 19jährige Pat. stand mit leicht gespreitzten Beinen, hauptsächlich sich auf das rechte stützend, als von innen und hinten her ihn ein schwerer Gegenstand (Kalkmühle) an den rechten Fuß traf, so daß der ganze Unterschenkel förmlich weggerissen wurde. Die hierdurch gesetzte Verletzung zeigte eine starke Fußschwellung, namentlich innenseits, und war durch Tastung nicht näher erkenntlich; doch zeigte Röntgen eine isolierte Verrenkung des ersten Metatarsus nach außen (s. einen hübschen Abdruck im Original). Unter Spinalanästhesie leicht ausführbare Reposition, gefolgt von Bettruhe, feuchten Verbänden und Massage. Es hinterblieb aber eine Schwellung des Fußes, und noch $^3/_4$ Jahre nach dem Unfall war Pat. arbeitsunfähig und nicht ohne Schmerzen gehfähig.

Es folgt eine kurze aber inhaltsreiche Allgemeinbesprechung über die Verrenkungen im Lisfranc'schen Gelenk, deren Kasuistik B. gesammelt hat. Er unterscheidet a. Totalverrenkungen, solche sämtlicher Metatarsalknochen, 32 Fälle, darunter 13 dorsale und 11 laterale. b. Isolierte Verrenkungen, 33 Fälle, darunter am häufigsten der erste Metatarsus betroffen, und zwar 9mal dorsalwärts, 3mal plantarwärts. **Meinhard Schmidt** (Cuxhaven).

28) **H. Schramm.** Beitrag zur Kenntnis der Tuberkulose der Knochen und Gelenke am kindlichen Fuße.
(Wiener med. Wochenschrift 1903. Nr. 16—19.)

Unter 384 fußkranken Kindern seiner Abteilung in den letzten 16 Jahren litten rund 200 an Tuberkulose, davon 62 an Tuberkulose der Zehen und Mittelfußknochen, 23 an Tuberkulose der Keilbeine, Würfel- und Kahnbeine, 17 an Tuberkulose des Fersenbeins, 98 an Tuberkulose des Fußgelenks mit 74 nachgewiesenen primären Knochenherden, 5mal nachweislichen primären Synovialiserkrankungen; in den übrigen Fällen war ein bestimmter Nachweis über den Ausgangspunkt der Erkrankung nicht zu führen. Die Behandlungsverfahren in den einzelnen Gruppen sind erfahrungsgemäß grundsätzlich verschieden. Aus den angeführten, tabellenförmig wiedergegebenen Behandlungsergebnissen seien einige Zahlen hervorgehoben. Es werden Unterschiede gemacht zwischen »unmittelbaren« Erfolgen nach Abschluß der Behandlung und »Dauererfolgen« nach dem Ergebnis einer Nachuntersuchung nach 3—8 Jahren. Von 62 Kindern der ersten Gruppe sind 82,2% geheilt, davon 31 nachuntersucht und 64,3% davon geheilt befunden. Von 23 Kindern der zweiten Gruppe 65% unmittelbar geheilt, davon 12 nachuntersucht mit 58,3% Heilung. Von 17 Kindern der dritten Gruppe sind 82,4% unmittelbar geheilt, davon 8 nachuntersucht und 87,5% geheilt befunden. Von den 98 Fällen mit tuberkulöser Fußgelenkserkrankung sind 70,4% unmittelbar geheilt, davon 48 nachuntersucht und 58,3% geheilt befunden.

An Tuberkulose sind gestorben noch während der Behandlung 3, nach Abschluß der Behandlung von 99 Kindern im ganzen sicher 8, in den anderen 10 Fällen führt der Autor keine Todesursache an. **Herm. Frank** (Berlin).



29) **O. Fittig. Bemerkung zu einem Falle von Myositis ossificans.**
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 6.)

Der Fall ist 1894 von Virchow, 1897 von de la Camp, 1902 von Ponfick beschrieben bezw. illustriert. Die meisten Röntgenaufnahmen F.'s von dem Pat. zeigen, daß der Prozeß der Ossifikation seit $5^1/_2$ Jahren (Röntgenaufnahme von de la Camp) sicher und wahrscheinlich auch seit 1894 keinen Fortschritt gemacht hat. **H. Wagner** (Breslau).

30) **A. Sack. Ein Fall von allgemeiner Lymphstauung der Haut (Stauungsödem) nach Vereiterung des größten Teiles der regionären Lymphdrüsen.**
(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 37.)

Dem im Titel Angegebenen ist nur noch hinzuzufügen, daß bei dem 31jährigen Manne im Laufe von 3—4 Jahren durch tuberkulöse Eiterung fast 30 Lymphdrüsen der oberflächlichen Gegenden zugrunde gegangen, also aus dem Lymphstrom der Haut ausgeschaltet worden waren und infolgedessen trotz der Gesundheit der venösen Stämme ein allgemeines Stauungsödem sich entwickelt hatte, welches besonders das Gesicht und die Genitalien unförmlich gestaltete.
Kramer (Glogau).

31) **Delore. Fibrome du corps thyroïde.**
(Revue de chir. XXIII. ann. Nr. 6.)

Außer dem Wölfler'schen Falle von multiplen Fibromen in einem Kropfe ist ein gleicher nicht veröffentlicht. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einem monströsen Fibrom der Schilddrüse, das durch zahlreiche Fortsätze nach rückwärts Speise und Luftröhre umgriff und komprimierte. Der Zustand der 64-jährigen Trägerin der Geschwulst war beängstigend geworden und zwang zur operativen Entfernung des Myoms. Die Auslösung war trotz der Größe der Geschwulst nicht schwer. Indem man ihre tieferen Fortsätze als Verwachsungen deutet, ist man geneigt, sie bei relativ schnellem Wachstum als bösartig zu deuten, und es mögen so bereits Fehldiagnosen vorgekommen sein. Da im übrigen die Symptome der Fibrome die gleichen sein werden wie die jeder anderen Kropfgeschwulst, leitet bei Stellung der Diagnose die holzartige Härte der Geschwulst und das Fehlen geschwollener Lymphdrüsen. **Christel** (Metz).

Bemerkung zu dem Aufsatz des Herrn Dr. Asthoewer über „Die Aufklappung des Rippenbogens“ usw.

Von

G. Marwedel in Aachen.

Auch nach Kenntnisnahme der Publikation des Herrn Dr. Asthoewer in Nr. 46 dieses Jahrgangs glaube ich wohl berechtigt zu sein, weiterhin die Priorität meiner Methode der temporären Aufklappung des Rippenbogens für mich in Anspruch nehmen, da es sich in seinem Falle ja um eine Rippenresektion wegen Sarkom der Rippen, also um etwas wesentlich Anderes handelt.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.



Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 50. Sonnabend, den 12. Dezember. **1903.**

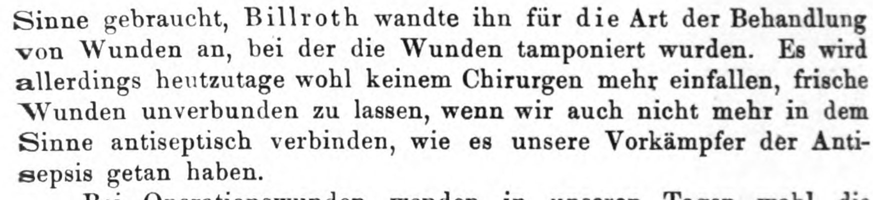
Die Behandlung von granulierenden Hautwunden.

Von

Dr. **H. Wagner** in Breslau.

Im Beginne der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts brach der heftige Streit zwischen Krönlein und Volkmann über die offene Wundbehandlung aus, der antiseptische Verband trug den Sieg davon, und die offene Wundbehandlung wurde in toto verbannt. Später wurde der Begriff der offenen Wundbehandlung in anderem





Sinne gebraucht, Billroth wandte ihn für die Art der Behandlung von Wunden an, bei der die Wunden tamponiert wurden. Es wird allerdings heutzutage wohl keinem Chirurgen mehr einfallen, frische Wunden unverbunden zu lassen, wenn wir auch nicht mehr in dem Sinne antiseptisch verbinden, wie es unsere Vorkämpfer der Antisepsis getan haben.

Bei Operationswunden wenden in unseren Tagen wohl die meisten Chirurgen den aseptischen Verband an, nur bei frischen, infizierten Wunden ist es noch strittig, ob nicht der alte antiseptische Verband dem aseptischen vorzuziehen ist. Sind einmal reine Granulationen vorhanden, so kommen wohl ganz allgemein Salbenverbände — meist Arg. nitric.-Salbe — in Anwendung.

Diese Art der Behandlung von granulierenden Wunden gibt im ganzen vortreffliche Resultate und wird deshalb heute von den meisten Ärzten geradezu schablonenhaft angewendet. Erheblich weicht davon ab ein Verfahren, welches ich in folgendem näher beschreiben will: es bietet den Vorteil, daß dadurch die Heilungsdauer granulierender Wunden wesentlich abgekürzt werden kann.

Haben wir es mit größeren, oberflächlichen, granulierenden Wundflächen zu tun, so ist das rationellste Verfahren die Wunde rasch zur Heilung zu bringen: die Transplantation, sei es nach Krause, sei es nach Thiersch. Aber nicht in allen Fällen sind wir imstande, diese idealen Methoden in Anwendung zu bringen. Solange ich an der Breslauer Universitätsklinik unter meinem Lehrer v. Mikulicz arbeiten konnte, sah ich in der Behandlung von großen granulierenden Hautwunden keinerlei Schwierigkeiten; denn in der Regel waren die Pat. von vornherein mit einem operativen Eingriff einverstanden.

Anders stellen sich schon die Verhältnisse in der Privatpraxis, in der die Pat. bei weitem nicht so operationslustig sind, und noch schwierigere Verhältnisse lernte ich auf meiner chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der Landesversicherungsanstalt Schlesien kennen.

Ein fernerer Grund für die Unterlassung von Transplantation sind gewisse Wundinfektionen z. B. mit Pyocyaneus. Jeder, der versucht hat, Wunden, auf denen Pyocyaneus gewachsen ist, mit Transplantationen zu bedecken, wird von der Erfolglosigkeit dieser Maßnahmen sich haben überzeugen können.

Derartige Fälle waren es, die mich schon in meiner Assistentenzeit bewogen, nach anderen Methoden der Behandlung zu suchen, da mir stets die Epidermisation unter Salbenverbänden bei größeren Defekten allzu langsam erschien.

Sehen wir uns einmal eine granulierende Wunde nach Entfernung des Salbenverbandes an. Das ganze Gebiet, auf dem der Salbenverband gelegen hat, sieht feucht aus; diese Feuchtigkeit stammt einerseits vom Wundsekret, andererseits aber aus dem Sekret der Schweißdrüsen; die ganze Stelle, wo Salbe sich befand, ist unter

gleichen Verhältnissen, wie in einer feuchten Kammer, der Salbenverband schließt, besonders wenn er dick gestrichen ist, das bedeckte Gebiet fast luftdicht ab.

Betrachtet man den freien Hautrand der Wunden, so sieht man den Epithelsaum weißlich verfärbt, der Rand ist verdickt, sieht gequollen aus; dieser Zustand des Epithels ist für eine Epidermisierung der Wunde vom Wundrande her sicher nicht günstig. Man kann sogar manchmal beobachten, daß die Epidermis in diesem Zustande ganz zugrunde geht, daß also in der Epidermisierung kein Vor-, sondern ein Rückschritt stattfindet.

Mitunter finden sich nämlich in den granulierenden Wundflächen Epidermisinseln als Reste des zerstörten Epithels oder Neubildungen von dem Epithel der Talg- oder Schweißdrüsen. Ist die Sekretion der Wundfläche sehr bedeutend, so bleiben recht oft diese Epithelinseln nicht erhalten, sondern verschwinden wieder.

In vielen Fällen kann man dann auch konstatieren, daß der verdickte weißliche Epidermisrand auf ein, zwei, ja noch mehr Millimeter sich leicht von der Unterfläche abheben läßt, d. h. er ist mit der Granulationsfläche noch keine feste Verbindung eingegangen.

Ein ferneres schädliches Moment für die Epidermisierung ist auch das Verhalten der Granulationen in der feuchten Kammer des Verbandes. Diese wuchern mitunter derartig, daß sie den Epithelsaum überlagern und so rein mechanisch ihre eigene Bedeckung mit Epithel hindern. Auch für die Entwicklung und Erhaltung der Bakterien bietet der Salbenverband für gewöhnlich die günstigsten Verhältnisse dar, die Tiefenwirkung der etwa der Salbe zugesetzten Antiseptika ist keine bedeutende, dagegen sind die Temperatur- und Feuchtigkeitsverhältnisse die denkbar günstigsten für die Bakterienentwicklung.

Setzt man nun eine derartige Granulationswunde der Luft aus, so treten bald auffällige Veränderungen derselben auf. Zunächst bemerkt man, daß die Sekretion bedeutend abnimmt. Die Granulationen schrumpfen unter der austrocknenden Wirkung der Luft, die ganze Wunde verkleinert sich sichtlich durch den Schrumpfungsprozeß der Granulationen, falls nicht etwa die Umgebung der Wunden — wie oft bei alten Unterschenkelgeschwüren — stark narbig verändert ist.

Je nach der Größe der Wunde und der Stärke der Sekretion bildet sich langsamer oder schneller ein feines Häutchen über der Wundfläche, so daß man bald die Wunde mit dem Finger berühren kann, ohne daß derselbe feucht wird. Sind die Infektionserreger noch zu aktiv auf der Wunde, so bildet sich unter diesem Gerinnungshäutchen — »sekundärer Schorf«, wie ihn Marchand nennt — eine Retention, welche die Lösung des Schorfes notwendig macht. Es scheint aber, als wenn die Austrocknung der Wunde sehr deletär auf die Infektionserreger wirkt, da die Retentionsbildung bei gleichartig fortgesetzter Behandlung bald aufhört. Auch der ursprünglich

weißlich gequollen aussehende Epidermisrand verändert sich an der Luft; die durch die Quellung bedingte Verdickung schwindet, es bildet sich ein feiner, durchsichtig erscheinender Epithelsaum, der schon in 12 Stunden sich sichtlich konzentrisch vorschiebt und die Wunde verkleinert. Diese letztere Beobachtung war in meinen ersten Fällen so evident, daß ich systematisch die »Lufttrocknung« von granulierenden Wunden zwecks schnellerer Heilung vornahm. Meine ersten Versuche reichen, wie oben erwähnt, bis in die letzten Jahre meiner Assistentenzeit hinein; seit 5 Jahren behandle ich, sowohl in der Privatpraxis, als auch auf der Krankenhausabteilung alle rein granulierenden Wunden, falls ich durch Transplantationen eine schnellere Heilung nicht erzielen kann, offen. Ich lasse an jedem Morgen den Verband abnehmen, reinige die Umgebung der Wunde mit Äther oder dgl. und sorge dafür, daß die Wunde so gelagert wird, daß sie durch Kleidungsstücke nicht berührt wird. Je trockner die Zimmerluft ist, desto intensiver wirkt natürlich die Austrocknung; erlaubt es die Jahreszeit und stehen Liegehallen, wie z. B. auf meiner Krankenhausabteilung, zur Verfügung, so werden die Pat. ins Freie gebracht. Wie oben erwähnt, geschieht die Einengung der Wunde durch die Epidermisneubildung konzentrisch, wobei die immer kleiner werdenden Defekte allmählich kreisförmig werden; bei größeren länglichen Defekten schieben sich gewissermaßen Zungen vor, die sich vereinigen und die Wunde in mehrere Teile zerlegen. Ich konnte in dieser Beziehung dieselben Beobachtungen machen, wie sie Werner (Experimentelle Epithelstudien: Über Wachstum, Regeneration, Amitosen und Riesenzellbildung des Epithels. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIV) bei der Ätherspraybehandlung schildert und abbildet.

Für die Nacht werden die Wunden verbunden, und zwar, um das Prinzip der Austrocknung zu unterstützen, mit Pulververbänden, wobei die Art des Pulvers ziemlich gleichgültig ist; ich habe Jodoform, Airol, Dermatol, Zinkamylumstreupulver angewandt und einen Unterschied zwischen den verschiedenen Mitteln nicht gefunden.

Man kann fast regelmäßig beobachten, daß trotz dieses Trockenverbandes die Wunde am nächsten Morgen feucht ist; der sekundäre Schorf ist geschwunden und die Granulationen sind üppig wachsend vorhanden; dabei läßt es sich ganz deutlich konstatieren, wie weit der Epidermissaum täglich vorgerückt ist, meist sind es einige Millimeter.

Wie rasch im ganzen die Epidermisierung der Wunde vor sich geht, hängt naturgemäß von der Umgebung der Wunden ab; war diese einigermaßen normal, so ist es mir vielfach gelungen, handtellergroße Granulationswunden in 8—10 Tagen zur Epidermisierung zu bringen. Bei alten Unterschenkelgeschwüren ist die Heilung natürlich langsamer, doch wird auch hierin die Behandlungsmethode jeden, der sie nachprüft, befriedigen.

Mehrfach habe ich bei Pat. mit zwei oder mehr granulierenden



Wunden gleichzeitig verschiedene Behandlungsmethoden in Anwendung gebracht, ich habe die eine Wunde mit Salbenverbänden, die andere »offen« behandelt; stets konnte ich mich dann von der Überlegenheit der offenen Wundbehandlung überzeugen.

Ein sehr dankbares Objekt für die offene Wundbehandlung sind Wunden, die man mit schlechtem Erfolge transplantiert hat. Hat man die nicht angeheilten Hautläppchen entfernt und setzt dann die Wunde der Lufttrocknung aus, so sieht man an vielen Stellen der Wunde, an denen man kaum noch Reste der Transplantation wahrnahm, Epidermisinseln sich bilden, die sich unter der Behandlung rasch vergrößern. Diese Inseln können nicht aus dem Epithel der Schweiß- und Talgdrüsen entstanden sein, dazu ist ihr Auftreten viel zu schnell.

Ich möchte mich bei dieser kurzen Mitteilung aller theoretischen Fragen enthalten und deren Erörterung auf eine ausführliche Arbeit verschieben. Nur soviel will ich heute schon sagen: ich glaube, daß der Zustand der Epidermis an der Luft ein der Norm näher liegender und für die Heilung günstigerer wird, daß ferner die Luft einen gewissen Reiz auf das Epithel ausübt, ähnlich, wie es Werner vom Ätherspray annimmt. Bei dem Austrocknen an der Luft gleichen sich die Niveaudifferenzen der Granulationsflächen aus, wodurch der Epidermisausbreitung günstigere Verhältnisse gegeben werden. Schließlich wird auch durch die Austrocknung das Bakterienwachstum ungünstig beeinflußt. Dem Einwand, daß durch das Offenlassen der Wunden eine gewisse Infektionsgefahr bedingt würde, möchte ich bald an dieser Stelle begegnen. Selbstverständlich ist es ja, daß man eine derartige Behandlung nicht auf Stationen durchführt, auf denen Erysipel- oder sonst in Betracht kommende schwere Infektionskranke liegen.

Im allgemeinen schätzen wir die Gefahr der Luftinfektion nicht mehr so hoch wie früher (z. B. zu Volkmann's Zeiten). Die granulierenden Wunden im speziellen sind der Infektionsgefahr nur in ganz geringem Grade ausgesetzt, wie schon alte Erfahrungen und neuerdings die Arbeiten von Sestini (Riforma med. 1890), Bergonzini (referiert in Baumgarten's Jahrbuch 1892), Afanasieff (Zentralblatt für allgemeine Pathologie Bd. VII), Noetzel (Fortschritte der Medizin 1898 Nr. 5), Jürgelünas (Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie Bd. XXIX Hft. 1) lehren.

Ich selbst habe bei den durch viele Jahre »offen« behandelten Granulationswunden nicht ein einziges Mal eine Schädigung durch Infektion beobachtet.

---

1) **F. Lejars.** Traité de chirurgie d'urgence. Vierte vermehrte und verbesserte Auflage.

Paris, **Masson & Co.**, 1904. 908 S., 820 Fig., 16 bunte Taf.

Der Autor des Buches, das 4 Jahre nach dem ersten Erscheinen in der vierten Auflage erscheint und bei uns in seiner Trefflichkeit dadurch anerkannt ist, daß es auf v. Eiselsberg's Anregung in das Deutsche übersetzt worden, ist bestrebt gewesen, sein Werk weiterhin zu vervollkommnen, um es voll auf seiner Höhe zu erhalten. Er hat es verbessert, indem er eine Anzahl älterer, nicht wohlgelungener Abbildungen durch bessere neue ersetzte, in der Anordnung des Stoffes einige Änderungen getroffen, den Text auf Grund neuester Erfahrungen und Ansichten hier und da geändert hat; er hat es vermehrt durch eine Anzahl neuer Zeichnungen zur Lehre von den Knochenbrüchen und Verrenkungen, durch Einfügung einiger Abbildungen zur topographischen Anatomie, endlich, dem Geschmack unserer Tage nachgebend, durch Einfügung von 16 Tafeln mit Darstellungen einzelner operativer Momente in natürlichen Farben und Größenverhältnissen. Auch hat der Text eine entsprechende Vermehrung gefunden, so daß das Buch in jeder Beziehung hohen Ansprüchen genügt. **Richter** (Breslau).

2) **E. v. Bergmann** und **H. Rochs.** Anleitende Vorlesungen für den Operationskursus an der Leiche. II. Teil. Operationen an dem Schädel, der Wirbelsäule, der Brust- und Bauchhöhle.

Berlin, **August Hirschwald,** 1903. 206 S., 76 Abbild.

Es ist interessant, ein kompendiöses Werk wie das oben stehende mit einem entsprechenden früherer Zeit, z. B. mit der vierten Auflage des s. Z. anerkanntesten Leitfadens für Operationsübungen am Kadaver von Gurlt aus dem Jahre 1876 zu vergleichen. Neben Unterbindungen, Amputationen und Resektionen, der Tenotomie behandelte dieser nur noch die Trepanation, die Eröffnung der Luft- und Speiseröhre, Exstirpatio mammae, die Parazentese des Thorax und einige Operationen an den Harn- und männlichen Geschlechtsorganen. Wie viel größer der Umfang des Operationsgebietes, das jetzt in den Kursen an der Leiche gelehrt und geübt wird, wie viel umfangreicher die Ansprüche an das Können, zum mindesten an das Wissen auf diesem Gebiete der Chirurgie an den Studierenden und den praktischen Arzt!

Das vorliegende Buch zeichnet sich durch die treffliche anatomisch-physiologische Begründung der einzelnen operativen Eingriffe, durch die Genauigkeit der Darstellung und die Klarheit der Zeichnungen auf das beste aus. Dabei finden natürlich die Operationsweisen, die an der Berliner Klinik geübt werden, besondere Berücksichtigung, ohne aber einseitig als alleingültige hingestellt zu werden; vielmehr werden außer ihnen auch andere Schnittführungen beschrieben, wenn auch nicht in gleich ausführlicher Darstellung.

Daneben gehen stets Hinweise auf das Verfahren am Lebenden, auch auf Operationen einher, die an der Leiche nicht geübt werden können und werden die Gründe für das eine oder andere Vorgehen angegeben, wie auf deren Vorteile und Nachteile hingewiesen.

So gibt das kleine Werk viel und wirkt anregend auf den Leser, dem es ein sicherer Führer auf dem Gebiete der Operationslehre ist.

Richter (Breslau).

---

3) **P. Reclus.** L'anesthésie localisée par la cocaïne.

Paris, **Masson & Co.,** 1903. 276 S.

In diesem Werke bespricht der bekannte Verf. die Geschichte der Kokainanästhesie, die Pharmakologie des Kokains, die Gefahren dieses Mittels, seine Vorteile, die allgemeine Technik der durch das Kokain zu erzeugenden Analgesie und die besonderen Rücksichten, welche bei den verschiedenen Operationen zu beachten sind.

R. benutzt die Kokainanästhesie seit 16 Jahren und hat mit Hilfe derselben schon mehr als 7000 Operationen an den verschiedensten Organen ausgeführt. Niemals sah er schwerere Zufälle, und wenn das Kokain richtig appliziert war, war die Unempfindlichkeit eine absolute.

Die Kokainanästhesie ist also imstande, bei einer großen Anzahl von Operationen die Chloroformnarkose zu ersetzen. R. benutzt $^1/_2$%ige Lösungen. Die Gesamtdosis soll 20 cg nicht erreichen. 59 schematische Zeichnungen sind dem Texte beigefügt.

Neck (Chemnitz).

---

4) **Krönig** (Jena). Über Lachgasmischnarkosen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 42.)

Der von Braun konstruierte Apparat für Mischnarkosen hat sich auch K. in bezug auf die Erzielung einer tiefen Narkose ohne die schädlichen Wirkungen des Chloroforms auf das Herz und ohne den Nachteil einer Reizung der Atmungsorgane durch die Ätherdämpfe bewährt. Nur die lange Dauer bis zum Eintritt des Toleranzstadiums wurde unangenehm gefunden. K. hat deshalb zur Abkürzung dieser Zeit die Narkose mit Lachgas begonnen und hierfür einen Apparat herstellen lassen, der eine Kombination des Bennetschen Stickoxydulinhalators mit dem Braun'schen Apparat ist (s. Abbildung im Orig.). Die Betäubung mittels des Lachgases tritt nach 40—60 Sekunden ein; danach werden Ätherdämpfe zugeführt und innerhalb 4—5 Minuten nach Anwendung des Braun'schen Apparates eine tiefe mit vollständiger Erschlaffung der Bauchdecken einhergehende Narkose erzielt. K. war mit den in ca. 500 Narkosen erzielten Resultaten sehr zufrieden.

Kramer (Glogau).





5) **Fordyce.** Myositis syphilitica.

(Journ. of cutaneous diseases 1903. April.)

F. berichtet über drei von ihm behandelte Fälle und bespricht in seiner kurzen Arbeit die Pathogenese der syphilitischen Muskelentzündung. Er hat zweifellos Recht in seinen Ausführungen, daß die interstitielle Myositis nicht scharf von der gummösen Form zu trennen ist, daß beide neben einander bei demselben Individuum auftreten können, und daß schließlich die interstitielle Form sehr wohl den Spätperioden angehören, ebenso wie die gummöse zum Zerfall führende schon in frühen Monaten nach der Infektion vorkommen kann.

Die Entstehung der spezifischen Muskelprozesse erfolgt auf hämatogenem Wege.

Einfache Abszedierungen können sich zuweilen an den spezifischen Prozeß anschließen.

Die Erkrankung lokalisiert sich zunächst in den Gefäßen und um dieselben, erst später wird das Muskelgewebe selbst ergriffen.

Ein besonderer Vorzug der Arbeit liegt in der wiederholten Betonung, daß diese sonst ganz zur Spätperiode gerechneten Erscheinungen schon in der allerfrühesten Zeit nach der Infektion auftreten können.

Harttung (Breslau).

6) **H. Fox.** Acne and its treatment.

(Amer. dermat. asoc. Boston 1902. September 19.)

(Journ. of cutaneous diseases 1903. März.)

F. spricht für eine möglichst chirurgische Behandlung der Akne mit Massage und Curettage unter sehr genauer Berücksichtigung des Allgemeinbefindens in allgemeiner Körperpflege, Diät und Bädern. Er verwirft Salben- und Seifenbehandlung, mit Recht.

Harttung (Breslau).

7) **C. Gilchrist.** The etiology of acne vulgaris.

(Journ. of cutaneous diseases 1903. März.)

Nach einer kritischen Erörterung der bakteriologischen Studien von Unna, Hodara, Lomry, Sabourand und Bollack und nach einem Bericht über seine eigenen Arbeiten über den hypothetischen pathogenen Mikroorganismus der Acne vulgaris kommt G. zu folgenden Resultaten.

In 240 Fällen fand er immer seine Aknebazillen, in 62 Fällen gelang es ihm, Reinkulturen zu gewinnen. Die Aknebazillen erwiesen sich bei Mäusen und Meerschweinchen pathogen. Blutserum von Aknepatienten koaguliert Aknebazillen. Der Aknebazillus ist die erste Ursache der Akne vulgaris; die bei Akne sich häufig findende Blutarmut, Kopfschmerzen usw. sind vielleicht eher das Resultat einer Toxinresorption dieser zahlreichen Bazillen als ein Moment, welches die Ansiedelung der Bazillen begünstigt.

Harttung (Breslau).

8) **de Cazeneuve.** Des injections prothétiqués de paraffine en oto-rhino-laryngologie.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 6.)

de C. bespricht ausführlich Technik, Material, Instrumentarium usw. der Paraffininjektion und ihre Anwendung in der Rhinologie und Otologie.

Sie wird zurzeit angewandt 1) zur Korrektion von Mißstaltungen der äußeren Nase. 2) Zur Vergrößerung der unteren Muschel bei Ozaena und 3) um Einsenkungen, die nach Resektionen der äußeren Stirnhöhlenwand entstanden sind, zu beseitigen.

Was die Ozaena betrifft, so sind die Ansichten des Verf. über den Heilwert der Methode weniger optimistisch als die anderer französischer Autoren. C. sah bei seinen Pat. nur eine Besserung der subjektiven Beschwerden, während die Borkenbildung nicht beseitigt wurde.

In der Otologie findet das Paraffin Verwendung zur Schließung persistenter Fisteln nach Radikaloperation und zur Verbesserung eingezogener Narben nach Antrumaufmeißelung.

Endlich erwähnt C. die Möglichkeit, Gaumendefekte durch Paraffin zum Verschluß zu bringen. **Hinsberg** (Breslau).

---

9) **Broeckaert.** Les injections de paraffine appliquées au traitement de l'ozene.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 7.)

B. berichtet über vollständige Heilung der Ozaena durch submuköse Paraffininjektion in die untere Muschel. Er glaubt, auch an Schleimhautstücken, die längere Zeit nach der Injektion exzidiert wurden, Regenerationserscheinungen gesehen zu haben. Wie aus dem vorstehenden Referat hervorgeht, sind die Ansichten anderer Autoren über das neue Verfahren weniger günstig. **Hinsberg** (Breslau).

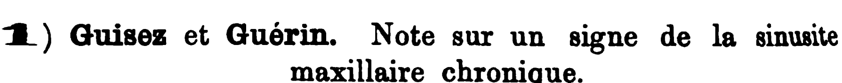
---

10) **Onodi.** L'ouverture du sinus maxillaire par le méat moyen.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 5.)

O. tritt in vorliegender Arbeit für die von Siebenmann u. a. empfohlene breite Eröffnung der eitrig erkrankten Kieferhöhle vom mittleren Nasengang aus ein. Er hat zu diesem Zweck ein anscheinend sehr geeignetes Instrument (Troicart dilatateur) konstruiert (cf. Abbildung im Original). Die angegebene Methode führt, wie auch Ref. beobachten konnte, häufig zur Heilung.

Hinsberg (Breslau).



11) **Guisez et Guérin.** Note sur un signe de la sinusite maxillaire chronique.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 6.)

Verff. machen darauf aufmerksam, daß der Ausfall der Durchleuchtung einer eiterhaltigen Kieferhöhle vor und nach der Ausspülung häufig für die Diagnose verwendbar ist.

Bleibt die Kieferhöhle bei der Durchleuchtung nach der Auswaschung ebenso dunkel wie vorher, so spricht das dafür, daß ernstere Veränderungen an den Wänden der Höhle vorhanden sind, in erster Linie Verdickung der Schleimhaut. Tritt auch nach mehrmaliger Durchspülung keine Aufhellung ein, so ist die Prognose ungünstig; es handelt sich dann um eine wirkliche Entzündung der Kieferhöhle. Umgekehrt ist nach den Verff. meist günstiger Verlauf zu erwarten, wenn sofort nach Entfernung des Eiters die Kieferhöhle gut durchleuchtbar wird. Sie hat in diesen Fällen nur als Depot für den Eiter gedient (Empyem im eigentlichen Sinne), ohne daß sie selbst wesentlich erkrankt war. **Hinsberg** (Breslau).

12) **Lermoyez.** Indications et résultats du traitement des sinusites maxillaires et frontales.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1902. Nr. 11.)

L. gibt in der vorliegenden umfangreichen Arbeit — sie füllt ein ganzes Heft der Zeitschrift — ein sehr übersichtliches Bild der derzeit in Frankreich über die im Titel angegebenen Frage herrschenden Anschauungen. Im wesentlichen decken diese sich wohl mit denen der deutschen Rhinologen, nur bezüglich der Indikation zur operativen Behandlung der Stirn- und Kieferhöhleneiterungen scheinen sie etwas abzuweichen. L. hält für jede der erwähnten Erkrankungen, wenn sie einer konservativen Behandlung trotzt, einen chirurgischen Eingriff für angezeigt und begründet diese Ansicht damit, daß die Operation, wenn sie richtig ausgeführt wird, ungefährlich ist und in der Mehrzahl der Fälle zur Heilung führt. Zur Beseitigung der Sinusitis frontalis empfiehlt er die etwas modifizierte Kuhnt'sche Methode, für die Kieferhöhleneiterung die von Luc und Caldwell. Letztere gewinnt auch in Deutschland immer mehr Anhänger, sie scheint in der Tat ausgezeichnete Resultate zu liefern. Was die Behandlung des Stirnhöhlenempyems betrifft, so müssen erst weitere Erfahrungen zeigen, ob die von L. empfohlene oder die neuerdings von Killian angegebene Operationsmethode bessere Dauerresultate ergibt. Beabsichtigt man die durch Entfernung der vorderen Stirnhöhlenwand entstehende Einsenkung später durch subkutane Paraffininjektion zu beseitigen, so dürfte es sich nach Ansicht des Ref. mehr empfehlen, das Orbitaldach unversehrt zu lassen, also nach Kuhnt zu operieren, da sonst doch wohl die Gefahr besteht, daß Paraffin ins Orbitalgewebe dringt. **Hinsberg** (Breslau).

13) **Labarre.** L'ablation des vegétations adenoides par la curette électro-thermo-caustique.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 5.)

Um die bei der Entfernung der Rachenmandel vermittels der üblichen Methoden unvermeidliche Blutung zu verhindern, hat L. eine galvanokaustische Curette konstruiert. Sie entspricht im Prinzip einem Beckmann'schen Ringmesser, bei dem die Messerschneide durch den Glühdraht ersetzt ist. Ref. kann sich der Ansicht des Autors nicht anschließen, daß einige gegen das Instrument geltend gemachten Bedenken, wie Gefahr der Narbenbildung am Tubenostium, starke entzündliche Reaktion im Nasen-Rachenraum mit sekundärer Otitis media rein theoretisch seien.

Hinsberg (Breslau).

---

14) **Trendel.** Über das Vorkommen von Lymphdrüsen in der Wangensubstanz und ihre klinische Bedeutung.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 2.)

In dem anatomischen Teile seiner Abhandlung gibt Verf. unter Berücksichtigung einer umfangreichen Literatur eine anschauliche Darstellung von dem Vorkommen und den topographischen Verhältnissen der Wangenlymphdrüsen. Diese nicht konstant, aber doch relativ häufig in die von den einzelnen Teilen des Gesichts zu den Submental- und Submaxillardrüsen ziehenden Lymphgefäße eingeschalteten Drüsen finden sich vor dem Masseter unter und in dem subkutanen Zellgewebe der Wangen, selten auch nnterhalb des Buccinator. Eine vom Mundwinkel zum Ohrläppchen gezogene Linie trennt die Drüsen auf der Außenseite des Unterkiefers, die Glandulae supramandibulares, von den Drüsen auf der Außen- oder Innenseite des Buccinator, den Glandulae buccinatoriae anteriores und posteriores.

Ihre klinische Bedeutung erlangen diese Drüsen dadurch, daß mit Ausnahme der Oberlippe und der Augenlider Erkrankungen sämtlicher Teile des Gesichts eine Mitbeteiligung der Wangendrüsen zur Folge haben können. Verf. hat 87 Fälle von Affektion der Wangendrüsen, darunter 17 Fälle der Tübinger Klinik, zusammengestellt. Es konnte unter diesen 25mal bei Karzinom, 59mal bei akuten bezw. chronischen, entzündlichen Prozessen des Gesichts eine Wangendrüsenvergrößerung nachgewiesen werden. Es folgt daraus, daß bei Erkrankungen der Gesichtsteile, besonders bei Karzinom, außer auf Submaxillar- und Submentaldrüsen auch auf eine Vergrößerung der für den einzelnen Fall in Betracht kommenden Wangendrüsen zu achten ist.

Blauel (Tübingen).

---

*



15) **Owens.** Fractures of the vertebrae.

(Annals of surgery 1903. September.)

Verf. bespricht die aus dem Hamburger allgemeinen Krankenhause hervorgegangene Arbeit Rieder's über Rückenmarkschirurgie und zählt aus der englischen Literatur die Fälle auf, in welchen bei Wirbelbrüchen operativ eingegriffen worden ist. Daraufhin kommt er zu dem Schlusse, daß heutzutage die frühzeitige Operation bei Wirbelbrüchen mehr als früher empfohlen wird, daß aber auch eine verhältnismäßig spät vorgenommene Operation nicht immer negative Resultate gibt. Wird ein operativer Eingriff bei Wirbelverletzung unternommen, so muß das Rückenmark weit genug freigelegt werden, um alle dasselbe komprimierenden Blutgerinnsel, Knochensplitter usw. entfernen zu können. Pulsiert die Dura nicht, so weist das auf eine erhebliche Kompression oder auf Adhäsionen hin. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen bezüglich der Behandlung der Wirbelbrüche.

1) Die Laminektomie ist der Reduktion ohne operativen Eingriff vorzuziehen und möglichst frühzeitig auszuführen in allen Fällen, wo das Rückenmark sicher verletzt ist.

2) Eine einfache Reduktion der Wirbel (ohne blutigen Eingriff) ist nutzlos, wenn Blutgerinnsel oder Adhäsionen im Wirbelkanal vorhanden sind.

3) Die Reduktion kann gute Erfolge geben bei einfachen Verrenkungen der Halswirbel ohne Knochenbrüche; in schwierigen Fällen kann man versuchen, die reluxierten Wirbel durch Silberdrähte zu fixieren.

Herhold (Altona).

16) **Wieting.** Über die Tuberkulose der Wirbelsäule, besonders ihrer hinteren Abschnitte und über die Entstehung retropharyngealer Abszesse.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXI. Hft. 2.)

In vorliegender Arbeit will W. einen Beitrag zur Förderung der Frage liefern, inwieweit operatives Vorgehen bei der Tuberkulose der Wirbelsäule berechtigt ist. Was die Tuberkulose der Wirbelbogen betrifft, so empfiehlt Verf. unter allen Umständen, vorausgesetzt, daß der Allgemeinzustand nicht jeden Eingriff verbietet, ein möglichst frühzeitiges operatives Vorgehen. Natürlich muß man vor allen Dingen die Diagnose gegenüber den Affektionen der Wirbelkörper sichergestellt haben. Unter den diagnostischen Merkmalen ist eines der wesentlichsten, die für das Ergriffensein der Wirbelbogen sprechen, der Mangel der indirekten Schmerzhaftigkeit bei Druck in der Längsachse der Wirbelsäule. Ferner nehmen *die* Senkungsabszesse einen anderen Weg wie bei der Tuberculosis anterior. Sie treten nach hinten zwischen den Rückenmuskeln und *Dornfortsätzen* durch und sitzen dann fast stets auf der Dornfortsatzreihe, symmetrisch zu beiden Seiten sich ausdehnend oder ungleichmäßig*er* auf beide Seiten verteilt. Dadurch, daß der Eiter die affizierten



Knochenteile umgibt, ist es bisweilen möglich, die bloßliegenden Knochenpartien direkt durch die Haut zu tasten. Die Prognose der operativ behandelten Spondylitis posterior darf als wesentlich günstiger angesehen werden wie die der Spondylitis anterior, weil bei ersterer vor allem eine Beseitigung des Krankheitsherdes möglich ist, so daß sich eine Dauerheilung erhoffen läßt. Natürlich ist ein gründliches Vorgehen mit penibler Säuberung der Dura mater notwendig. Selbst ziemlich heruntergekommene Kranke können den Eingriff indessen ganz gut aushalten. Technisch bietet die Operation keine Schwierigkeiten. Man kommt mit einem Längsschnitt aus. Die störenden Dornfortsätze werden durch Abkneifen entfernt, die Bogen mit Hammer und Meißel durchtrennt. Die Wunde wird drainiert und sonst vernäht. Gipsverband ist selten nötig.

Bei der Spondylitis anterior bestehen große technische Schwierigkeiten, ja die Unmöglichkeit, alles Kranke zu entfernen. Auf keinen Fall kann hier die Frühoperation in Frage kommen. Durchaus indiziert ist die Operation für jene Fälle, in denen der spondylitische Prozeß abgelaufen ist, wo aber Rückenmarkserscheinungen lange Zeit bestehen oder gar im Zunehmen begriffen sind; ebenso bei Lähmungen, die noch während einer frischen Spondylitis auftraten und nach monatelangem Bestehen nicht weichen; ferner ist zu operieren wenn ohne Rückenmarkssymptome sich das Leiden über Jahre hinzieht. Man wird in einigen Fällen bloß eine Verminderung der Sekretion durch den Eingriff erreichen, in anderen aber wird es gelingen, die Knochenzerstörungen selbst aufzuhalten. Für die Operationen an den Wirbelkörpern empfiehlt Verf. neben dem Längsschnitt noch einen Schrägschnitt. Die Rippenenden werden frei gemacht und je nach Bedarf 1—3 Rippen mit den Quer- und Gelenkfortsätzen reseziert. Je stärker der Buckel, um so leichter kommt man an die Wirbelkörper heran und man kann von der Seite ganz gut den Wirbelkanal öffnen. Zur Nachbehandlung der Spondylitis anterior ist ein fixierender Verband nötig. Über die Dauerresultate der Operationen ist einstweilen noch keine bestimmte Antwort möglich, mindestens nicht im günstigen Sinne.

Am Schlusse der Arbeit behandelt W. noch die Frage der Herkunft der Retropharyngealabszesse und äußert seine Ansicht dahin, daß es sich keineswegs immer um Senkungsabszesse handelt, sondern daß oft chronische tuberkulöse Lymphdrüsenerkrankungen die Ursache derselben sind. Bei Lymphdrüsentuberkulose ist die operative Inangriffnahme vom Halse aus das Ratsamste.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).



17) **J. Garel** et **S. Bonnamour.** De l'oedème laryngé angioneurotique, localisation de la maladie de Quincke au larynx.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 7.)

Das von Quincke zuerst beschriebene »angioneurotische Ödem« findet sich nicht nur an der äußeren Haut, sondern in einer Anzahl von Fällen auch an der Schleimhaut der oberen Luftwege. Verff. haben an der Hand von 25 derartigen Fällen (24 aus der Literatur, 1 eigener) das Krankheitsbild genau analysiert. Bei Individuen, die meist schon früher angioneurotische Ödeme der Haut gezeigt haben, tritt in der Regel plötzlich ein Erstickungsanfall auf, als dessen Ursache man bei der Untersuchung blasse, ödematöse Schwellung der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut findet. Der Anfall geht meist schnell vorüber, in ca. $^1/_5$ der Fälle tritt Erstickungstod ein. Ätiologisch kommt unter anderem Erblichkeit in Betracht. Die Erkrankung muß nach Ansicht der Verff. geschieden werden von dem entzündlichen Ödem des Kehlkopfs, aber auch von den nicht entzündlichen Kehlkopfödemen, bei denen die äußere Haut nicht beteiligt ist. Nur wenn auch diese ein angioneurotisches Ödem zeigt, darf nach Verff. ein solches des Kehlkopfs diagnostiziert werden.

Hinsberg (Breslau).

18) **Maget** et **Planté.** Du traitement des affections microbiennes des voies respiratoires et en particulier de la laryngite tuberculeuse par les vapeurs d'eau oxygenée.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 6.)

Verff. haben festgestellt, daß experimentell erzeugte tuberkulöse Ulzerationen bei Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd wesentlich besser heilten als bei Anwendung von Jodoform, Dijodoform, Milchsäure oder Chlorzink. Wurde das H_2O_2 in Dampfform appliziert, so war die Wirkung weniger intensiv, aber immer noch günstiger, als die der genannten Medikamente.

Auf Grund dieser Versuche wandten Verff. Wasserstoffsuperoxyddampf zur Behandlung der Kehlkopftuberkulose an. 6 Krankengeschichten registrieren eine überraschend schnelle und gründliche Besserung, doch sind, wie Verff. selbst hervorheben, noch ausgedehnte Versuche notwendig, ehe ein definitives Urteil über den Wert der Methode abgegeben werden kann. **Hinsberg** (Breslau).

19) **Karewski.** Die chirurgische Behandlung der Lungenabszesse, insbesondere deren Dauerresultate.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 39 u. 40.)

In dem im Verein für innere Medizin gehaltenen Vortrage bespricht K. zunächst die verschiedenen Ursachen für die Entstehung von Lungenabszessen und weist nach, daß die ätiologische Bedeutung

eine verschiedene Prognose für die Operation bedingt. Die nach genuinen Pneumonien entstehenden solitären Abszesse ergeben, ebenso wie solche, die nach einer Arrosion der Lunge durch Eiterung aus der Nachbarschaft dieses Organs hervorgerufen werden, günstige Resultate, während alle diejenigen Arten, bei denen von vornherein mehrfache Höhlenbildungen zu erwarten sind (Influenzaabszesse, die durch septische Embolien verursachten), eine schlechtere Prognose haben. Die Fremdkörperabszesse sind gleichfalls ungünstig für den chirurgischen Eingriff, der erst dann in Betracht kommen darf, wenn der aspirierte Gegenstand selbst auf natürlichem Wege entfernt worden ist. Unter Hinweis auf die Gefahren, welche eine länger bestehende Eiterung in der Lunge durch Vergrößerung des Herdes, durch Fortschreiten nach der Oberfläche und Durchbruch in die Pleurahöhle, durch Verschleppung von Eiterteilen in andere Gebiete der Lunge und Bildung neuer Abszesse, durch Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Entstehung chronischer Sepsis, von Abszessen in anderen Organen usw. herbeiführen können, warnt K. davor, sich auf den glücklichen Zufall durch spontane Entleerung auf dem natürlichen Wege durch die Bronchien zu verlassen, zumal hierdurch nicht eine völlige Evakuierung des Abszesses und das Nichtauftreten eines Rezidivs, also eine wirkliche Dauerheilung gewährleistet werden können. Nach Verf. ist die Anzeige für den chirurgischen Eingriff gegeben, wenn mit Sicherheit die Diagnose gestellt ist und wenn schwere allgemeine Erscheinungen nicht schnell vorübergehen, oder aber, wenn sie nach dem glücklichen Ereignis eines Spontandurchbruchs von neuem auftreten; doch hält K., sofern es sich um frische Fälle handelt, bei jungen Individuen, bei kleinen, in der Lungenspitze gelegenen Herden und bei größeren an der Basis wegen der günstigen Bedingungen auch für eine Spontanheilung zunächst ein abwartendes Verhalten für erlaubt. Sobald man aber sieht, daß eine spontane Öffnung nicht schnell erfolgt und, wenn sie geschehen, kein schnelles Nachlassen aller Erscheinungen auftritt, oder aber wenn sich Anzeichen bemerkbar machen, daß der Abszeß sich nicht gänzlich entleert, ist auch in solchen Fällen, gleichviel, ob der Abszeß sich bereits geöffnet hat oder noch geschlossen ist, die Operation dringend geboten. Je frühzeitiger vorgegangen wird, um so günstiger sind die Heilerfolge, während die chronisch gewordenen Eiterungen eine wesentlich schlechtere Prognose auch für die Operationen geben. Hierfür bringt K. auch aus seinen eigenen Erfahrungen Beweise.

Kramer (Glogau).

---

20) **Revenstorf.** Über traumatische Rupturen des Herzens mit besonderer Berücksichtigung des Mechanismus ihrer Entstehung.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 4.)

R. teilt 6 Fälle von traumatischer Ruptur des Septum atriorum des Herzens mit, ohne daß wesentliche andere Verletzungen des



Herzens sich dabei gefunden hätten. Diese isolierte Ruptur der Vorhofsscheidewand ist sehr selten; deshalb ist es wertvoll, daß R. zum erstenmal alle Fälle sammelt; es fanden sich nur 8 in der Literatur.

R. erörtert sodann, zum Teil auf Grund eigener Experimente, die Entstehung der Herzrupturen; ein Teil entsteht durch direkte Quetschung, andere durch Platzen nach Analogie des Platzens eines gefüllten Gummiballons; die isolierten Rupturen der Scheidewand der Vorhöfe und Kammern aber kommen durch Zerrung zustande infolge übermäßiger Anspannung der Scheidewand, wenn im Moment der Gewalteinwirkung die Herzspitze von der Wirbelsäule entfernt wird.

Haeckel (Stettin).

Kleinere Mitteilungen.

1) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Sitzung vom 13. Juli 1903 im Krankenhause Moabit.

Vorsitzender: Herr Sonnenburg.

1) Herr Riese: a. Plastik nach Oberkieferresektion.

R. demonstriert eine Pat., bei der er im Anschluß an eine Oberkieferresektion wegen Karzinom die von F. König empfohlene Plastik angewandt hat, um das Herabsinken des Bulbus zu verhüten. Es wurde ein 2 cm breiter Lappen aus dem Musc. temporalis abgespalten im Zusammenhang mit einer Knochenspange des Proc. coronoides mandibulae; dieser Muskel-Knochenlappen wurde durch eine Katgutnaht an das Periost des Proc. frontalis befestigt. Der Erfolg war gut; einige Zeit nach der Operation entwickelte sich ein Ödem des unteren Augenlides, das jetzt — 7 Wochen nach der Operation — noch etwas besteht.

b. Fall von Schindung des Beines.

Die Schindung betraf die Weichteile des Ober- und Unterschenkels bis in die Muskulatur bei einem 16jährigen Manne. Die vorgeschlagene Exartikulation wurde abgelehnt. Pat. machte einen Tetanus durch. Nach Reinigung der Wundflächen wurde die Überhäutung durch Thiersch'sche Transplantationen in drei Etappen ausgeführt, wobei beim zweiten- und drittenmal die Haut wieder von den bereits vorher verwendeten Stellen entnommen werden mußte.

2) Herr Zeller: Exstirpation eines Beckentumors nach vorhergegangenem zweimaligem Kaiserschnitt.

Die Frau war wegen der Beckengeschwulst schon zweimal durch Kaiserschnitt entbunden worden. Z. operierte sie in Beckenhochlagerung und entfernte die kleinkindskopfgroße, im kleinen Becken seitlich sitzende Geschwulst, die sich als Fibrosarkom erwies. Heilung. Die vor mehreren Jahren operierte Pat. ist noch heute rezidivfrei. Z. bespricht im Anschluß an diese Mitteilung die im und am Becken sich entwickelnden Sarkome.

3) Herr Mühsam: Doppelseitige Oberschenkelamputation wegen akuter Gangrän.

M. berichtet aus dem Moabiter Krankenhaus zunächst über einen Fall eines [illegible]jährigen Mannes, bei dem sich langsam beginnend eine Gangrän des rechten, dann des linken Beines entwickelte, und der septisch zugrunde ging. Die Sektion ergab eine Embolie der Art. iliaca d. und der Art. hypogastr. und fem. sin., ausgegangen von Thromben aus einem Aneurysma des linken Ventrikels. M. glaubt, daß der Embolus an der Teilungsstelle der Aorta zunächst einen unvollständigen Verschluß gemacht habe, daß er dann zerrissen und in die genannten Arterien geschleudert worden sei, die er vollständig verstopft hat.

Im zweiten Falle traten nach kurz vorher überstandener wahrscheinlicher Influenza plötzlich heftige Schmerzen in den Beinen und Unvermögen zu gehen auf, es entwickelte sich dann gleichmäßig an beiden Beinen eine Gangrän bis auf die Unterschenkel. Am 10. Tage kam Pat., nachdem Fieber aufgetreten und im Blute Staphylokokkus albus nachgewiesen war, zur Operation bei schlechtem Allgemeinzustand. Zunächst Amputation des rechten Oberschenkels, wonach sich der Zustand besserte. Am nächsten Tage Amputation des linken Oberschenkels. Der Keimgehalt im Blute war schon 24 Stunden nach der ersten Amputation erheblich geringer. Heilung 4 Monate nach der Amputation.

M. glaubt auch hier annehmen zu müssen, daß der Embolus aus dem Herzen verschleppt war; ein Geräusch wurde niemals gehört; es hat sich wohl um eine Endokarditis gehandelt, welche nicht an den Klappen gesessen hatte. Der Fall zeigt, daß selbst bei Gangrän beider Unterschenkel der Versuch einer Amputation gemacht werden soll, die man bei schlechtem Zustand des Pat. auch in zwei Sitzungen machen kann. Selbst das Vorhandensein zahlreicher Bakterien im Blute gibt keine Kontraindikation.

4) Herr Gödecke: Spontane Gangrän an den vier Extremitäten.

Bei einer 26jährigen Krankenwärterin des Krankenhauses Moabit waren wegen doppelseitiger Pyosalpinx die Adnexe exstirpiert worden; es folgte eine eitrige Peritonitis. Am 4. Tage entwickelte sich innerhalb 5 Stunden eine Gangrän an Händen und Füßen, welche sich an den oberen Extremitäten bis auf den Vorderarm hinauf, an den unteren bis über die Knöchel hin ausdehnte und sich scharf demarkierte; sie begann annähernd gleichzeitig an den Finger- und Zehenspitzen. Tod am 5. Tage. Die Sektion ergab eitrige Streptokokkenperitonitis mit septischen Veränderungen der parenchymatösen Organe, am Herzen sonst nichts Besonderes. Alle großen Gefäße der unteren Extremitäten wurden bis an die Gangrän verfolgt und waren offen, erst dicht oberhalb der Verfärbung waren Haut- und Muskelgefäße verstopft. Auch in den größeren Armgefäßen fand sich kein Thrombus. Außer der Sepsis mag eine vor einem Jahre erworbene Lues ursächlich mitgewirkt haben. Eine mikroskopische Untersuchung der Gefäße der gangränösen Partien konnte nicht gemacht werden.

5) Herr Sonnenburg: Geheilter Fall von Rückenmarkstumor.

Demonstration der Pat., der vor $^5/_4$ Jahren ein intradurales Fibrom nach Resektion der Wirbelbogen und des Dornfortsatzes des 8. und 9. Wirbels entfernt worden war. Völlige Wiederherstellung. S. betont, daß man besser keine temporäre Resektion der Wirbel nach Urban machen soll, die in einem anderen von S. operierten Falle von Rückenmarkstumor sich als nachteilig erwies. Die nicht wieder einheilenden Knochenteile wirken als Fremdkörper und verursachen einen Reiz, der schließlich zur Eiterung führt und die Gefahr der Meningitis in sich trägt. — Nach genau gestellter Niveaudiagnose wurde zunächst der 9. Wirbelbogen mit dem Meißel und von da mit der Drahtsäge der achte entfernt. Nach Spaltung der Dura lag der bohnengroße Tumor in der Mitte der Knochenlücke und konnte gut entfernt werden. Teilweise Naht der Dura und der Wunde. Außer dem Rückgang der nervösen Symptome ist auch die vor der Operation vorhandene Skoliose zurückgegangen. Die Narbe ist jetzt so fest geworden, daß man glauben muß, es hat sich bereits wieder eine knöcherne Brücke von dem zum Teil erhaltenen Periost aus gebildet.

Diskussion: Herr Krause ist ebenfalls der Meinung, daß man die Wirbelbogen nicht erhalten soll. Für die Resektion benutzt er die Doyen'sche Fraise. Für die Aufsuchung des Tumors in Fällen, wo man ihn durch die erste Resektion nicht freigelegt hat, benutzt K. nach Spaltung der Dura eine dicke Sonde; so orientiert man sich, ob man nach oben oder nach unten mit der Resektion weiter gehen muß.

6) Herr Federmann: a. Fall von Schußverletzung der Brustwirbelsäule und Hämatomyelie.

F. demonstriert nach Schilderung des bisherigen Verlaufes die an der Pat. noch vorhandenen Störungen, die in solchen von seiten des rechten Auges (N.



sympathicus), des rechten Armes (Plexus brachialis) und in einer typischen Brown-Séquard'schen Halbseitenläsion bestehen. Demonstration von Röntgenbildern, welche Kugelsplitter in der Höhe des 2. Brustwirbels und eine Verletzung des 2. und 3. Brustwirbelkörpers zeigen. F. erklärt die Störungen von seiten des Auges und Armes als Verletzungen der 8. Cervical- und 1. Dorsalwurzel durch die Kugel selbst, die Halbseitenläsion durch eine Hämatomyelie mit der größten Ausdehnung im 7. und 8. Dorsalsegment.

b. Fall von Brustschuß mit nachfolgender Hirnembolie.

Einschuß 3 Finger breit nach außen von der linken Brustwarze, kein Ausschuß; linksseitiger Hämatothorax mit Hämatoperikard, die in 8 Wochen völlig zurückgingen. 10 Tage nach der Verletzung trat eine rechtsseitige Hemiplegie mit rechtsseitiger Facialisparese, doppelseitiger Amaurose und aphatischen Störungen auf. Nach 48 Stunden waren diese Symptome verschwunden, es fand sich jetzt eine rechtsseitige Hemianopsie. Diese besteht noch, reicht aber nicht mehr ganz bis zur Mittellinie. Nach Monakow hat es sich um eine Embolie, wahrscheinlich durch Verschleuderung von Thromben aus dem linken Herzohr, gehandelt. Eine Erklärung für die anfängliche Amaurose ist nicht zu geben.

Herr Sonnenburg erwähnt, daß der Fall zuerst den Eindruck machte, als müßte das Herz selbst getroffen sein; die Diagnose der Herzverletzung ist im Anfang oft schwer mit Sicherheit zu stellen.

7) Herr Sonnenburg: Der Ileus postoperativus, besonders nach Operationen wegen akuter oder chronischer Appendicitis.

Sowohl nach Fällen von eitriger Perityphlitis (3 Beobachtungen) als auch ferner in Fällen bei gleichzeitig vorhandener Coecalfistel (eine Beobachtung), endlich in Fällen von Appendicitis, die im freien Intervall operiert wurden (sechs Beobachtungen) sah S. nach der Operation die allmähliche Entstehung eines Ileus, ohne daß zu gleicher Zeit peritonitische Erscheinungen auftraten. Abgesehen von denjenigen Pat., bei denen wegen des Ileus ein nochmaliger operativer Eingriff erfolgte, bei dem sich das Fehlen einer Peritonitis zeigte, ebenso abgesehen auch von dem Befunde bei der Sektion in einigen Fällen, der gleichfalls eine Peritonitis ausschloß, boten auch die übrigen Fälle keine Anzeichen von Entzündungserscheinungen, besonders auch konnte in der Mehrzahl der Beobachtungen der niedrige Stand der Leukocyten als wesentliches Hilfsmittel bei der Differentialdiagnose mit Erfolg benutzt werden. Unter den Fällen von Ileus postoperativus gingen einige mit trommelartiger, fast isolierter Aufblähung des Coecum einher. Die Ursachen des Ileus sind komplizierter Natur. Zum Teil handelt es sich um Strangulations-, zum Teil um Obturationsileus. Der Meteorismus spielt dabei eine große Rolle; er führt besonders bei gleichzeitiger postoperativer Darmlähmung zu Knickungen, wobei noch alte Adhäsionen mitwirken können. Ebenso kann es zu Achsendrehungen kommen. In den operativ behandelten Fällen gelang es durch Trennung von Verwachsungen, Strängen den Ileus zu beseitigen, wieder in anderen erfolgte nach Öffnung des Darmes Heilung. Bei Verdacht auf beginnenden Ileus lasse man alle Narkotika, besonders auch Morphium, fort, gebe frühzeitig Abführmittel.

Diskussion. Herr Israel weist besonders auf die Fälle hin, bei denen ein mechanisches Moment nicht nachzuweisen ist, auf die Fälle von Ileus dynamischer Ursache. Er bespricht als besonders instruktiv die Fälle, wo der Ileus eintrat nach extraperitonealen Operationen; er sah sie besonders nach *Nierenoperationen*; er bespricht zwei Fälle von isolierter trommelartiger Aufblähung des Coecums, beidemal bei rechtsseitiger Nierenoperation, und weiter einen Fall von dynamischem Ileus nach einer ganz einfachen Wurmfortsatzexstirpation, der nach Morphium zurückging.

Herr Körte führt die leichten Fälle von postoperativer Darmlähmung auf die mechanischen Schädlichkeiten zurück, denen der Darm bei der Operation ausgesetzt war. Von postoperativem Darmverschluß möchte er nur *sprechen*, wenn eine deutliche Einklemmung oder Abknickung des Darmes vorhanden ist, wie bei



den Fällen von Sonnenburg. Bei den übrigen schweren Fällen von Darmlähmung sei in der Regel die Infektion mit im Spiele.

Herr Zeller erwähnt einen durch Sektion festgestellten Fall, in dem durch die bloße Blähung eines etwas fixierten Darmabschnittes ein tödlicher Ileus entstanden war.

Herr Körte bemerkt, daß er den Ileus durch wandständige Adhäsionen nicht leugne, daß er aber sehr selten sei. Die Leukocytenzählung als Hilfsmittel zur Differentialdiagnose zwischen Peritonitis und Darmokklusion sei für ihn noch von zweifelhaftem Werte.

Herr Sonnenburg betont, daß der Ileus postoperativus allmählich auftritt; die foudroyanten septischen Fälle seien mit diesen Ileusfällen nicht zu verwechseln. Wenn also bei einem sich allmählich entwickelnden Ileus postoperativus eine Leukocytenvermehrung ausbleibe, so sei dies Symptom für die Diagnose entscheidend.

8) Herr Sonnenburg: a. Krankenvorstellung eines Pat., der bereits vor ca. 1 Jahre hier vorgestellt wurde. Es handelt sich um eine Ätzstriktur des Ösophagus, welche retrograd von einer Magenöffnung aus jetzt so weit dilatiert ist, daß eine dicke Sonde bequem hindurchgeht (Demonstration).

Die allmähliche Dilatation hat nach Jahresfrist zu einem ausgezeichneten Resultat geführt.

b. Demonstration von zwei enormen Choledochussteinen, die durch Operation entfernt wurden.

9) Herr Cohn: Geheilter Fall von Ascites bei Lebercirrhose (Talma'sche Operation).

Die Talma'sche Operation wurde bei dem in desolatem Zustand befindlichen Pat. $1^1/_4$ Jahr nach dem Auftreten des Ascites ausgeführt. Der Ascites mußte noch einmal 2 Monate nach der Operation in Menge von 8 Litern entleert werden. Seitdem erholte sich Pat. Jetzt, 10 Monate post op., fühlt er sich völlig wohl. Die Leber ist nur unwesentlich verkleinert. Urin 1500—2000 p. d. Das Körpergewicht ist um 15 Pfund gestiegen.

Herr Sonnenburg erwähnt, daß der vorgestellte Fall bisher der einzige ist, den er mit Erfolg operiert hat; bei den übrigen war er über die Resultate wenig erfreut.

10) Herr L. Zuntz: Drei Fälle von wiederholter Tubargravidität.

Dieselben wurden beobachtet unter 95 Fällen von Tubargravidität. Die erste Pat. wurde beidemal in einem Zwischenraum von 3 Jahren im Krankenhaus laparotomiert, die zweite ein Jahr zuvor von anderer Seite. Bei der dritten war die erste Tubargravidität konservativ behandelt worden; als sicheres Zeichen derselben fand sich bei der wegen der zweiten Tubargravidität vorgenommenen Laparotomie in der nicht befallenen Tube eine deutliche Narbe mit einem kleinen blauschwarzen Koagulum. Alle Pat. haben sämtliche Eingriffe gut überstanden. — Ätiologisch kam bei der ersten eine im Anschluß an einen Partus entstandene Endometritis, bei der dritten eine Gonorrhöe in Betracht, während sich bei der zweiten, bei der die Tubargravidität die erste Gravidität nach mehrjähriger steriler Ehe war, ätiologische Anhaltspunkte nicht fanden.

11) Herr Wolff: Über Frakturen des Os naviculare carpi.

W. demonstriert zunächst sechs anatomische Präparate alter Frakturen des Os naviculare carpi, welche zeigen, daß diese Frakturen in der Regel nicht zu einer knöchernen Konsolidation gelangen. Die Fragmente waren selbständige Stücke geblieben, welche einander entweder eine Schliffläche oder eine verdichtete spongiöse Fläche zukehrten; im ersten Falle gestatteten die Schliffflächen ausgiebige flexorische und geringere seitliche Verschiebungen; von den letzteren Präparaten ließ eines deutlich, besonders an der radialen Seite, eine Einkeilung der Fragmente erkennen. Die Präparate sind in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX beschrieben und abgebildet.



Im Anschluß daran bespricht W. die Beobachtungen der Anatomen, welche ähnliche Präparate als Navicularia bipartita, entstanden infolge abweichender Bildung, beschrieben und gedeutet haben und gibt der Überzeugung Ausdruck, daß darunter wohl die Mehrzahl Pseudarthrosen nach Fraktur sind. Präformierte angeborene Zweiteilung des Naviculare carpi ist seit Einführung des Röntgenverfahrens noch nie beobachtet, muß demnach außerordentlich selten sein. W. kann einen derartigen Befund im Röntgenbild demonstrieren an einem 34jährigen Manne, der mit einer angeborenen Atrophie beider Daumenballen behaftet war; es fanden sich doppelseitig an Stelle des Naviculare zwei selbständige Knochen.

Endlich zeigt W. die Röntgenphotographien der von ihm im Krankenhaus Moabit beobachteten und weiter verfolgten Fälle von Frakturen des Naviculare. a. Die Fälle von vollständigen beweglichen Frakturen, bei denen die Nachuntersuchungen die Entwicklung einer typischen Pseudarthrose ergaben, wie sie die anatomischen Präparate zeigten; b. Fälle von vollständigen, eingekeilten Frakturen; c. Fissuren und endlich d. Komminutivfrakturen, welch letztere meist von Abrißfrakturen anderer Knochen des Handgelenkes begleitet und mit luxationsähnlichen Dislokationen des proximalen Naviculárefragmentes und des Lunatum verbunden waren. Diese Komminutivfrakturen sind von W. bereits besprochen worden in der Monatsschrift für Unfallheilkunde 1903 Hft. 7.

12) Herr Hinz: **Ein Fall von Chorioepitheliom nach Tubargravidität.**

H. demonstriert Organe einer 35jährigen Frau, die im Februar 1903 wegen geplatzter Tubargravidität laparotomiert wurde. Es wurde damals der kleinwalnußgroße, dicht am Uterus in der Tube sitzende, geplatzte Fruchtsack exstirpiert.

Nach 6 Wochen Auftreten von Beschwerden, die abermals auf eine unterbrochene ektopische Schwangerschaft hindeuten. Ein faustgroßer, rechts am Uterus sitzender Tumor wird per laparotomiam entfernt. Derselbe sitzt in den Blättern des mit dem Uterus verklebten Netzes und erweist sich bei der mikroskopischen Untersuchung als typisches Chorioepitheliom. Nach weiteren 3 Wochen treten bei der Frau wiederum Beschwerden ein; die zunächst im Unterleib sitzenden Schmerzen ziehen sich in der rechten Seite des Leibes allmählich bis zur Leber hinauf, und unter allmählich immer stärker werdendem Ikterus geht die Frau zugrunde.

Die Sektion ergab Metastasten in beiden Ovarien, im rechten Lig. latum und je einen mannskopf- resp. kindskopfgroßen Geschwulstknoten in der Leber. (Demonstration mikroskopischer Präparate des Tumors.)

B. Wolff (Berlin).

---

22) **D. Murray. The ignition of ether vapor in presence of a closed electric light.**

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. Juni 27.)

So kurz die Notiz des Verf. ist, so ist sie doch deswegen interessant, weil bewiesen wird, daß auch bei geschlossener elektrischer Glühlampe eine Entzündung von Ätherdämpfen möglich ist. Der Narkotiseur hatte, um den Cornealreflex zu prüfen, dem auf dem Bauche liegenden Pat. den Kopf herumgedreht, so daß dieser direkt unter eine Glühlampe zu liegen kam; in diesem Augenblick erfolgte die Entzündung, die eine leichte Verbrennung verursachte.

Scheuer (Berlin).

23) **Vacher. Une installation électrique pour oto-, rhino-, laryngologie.**

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 9.)

Die vorliegende Arbeit dürfte nicht nur den Oto- und Laryngologen, sondern auch den Chirurgen interessieren, der ja oft genug der Elektrizität zu Beleuchtung, Kaustik, Motorbetrieb usw. bedarf. Für jemand, der nicht genau mit den Verhältnissen vertraut ist, ist es häufig schwer, die Wahl zwischen den verschiedenen



in Betracht kommenden Systemen — Akkumulatoren, Elemente, Anschluß am Starkstrom mit Vorschaltwiderständen oder vermittels Transformators — zu treffen. Da es sich meist um erhebliche Anschaffungs- und Betriebskosten handelt, macht sich ein Mißgriff recht unangenehm bemerkbar. Solche lassen sich leicht vermeiden, wenn man die Arbeit V.'s vor der Anschaffung der Apparate zu Rate zieht.

Hinsberg (Breslau).

24) **A. Köhler.** Lues — Arteriosklerose.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 6.)

Nach den Arbeiten von Hahn, Lambertz, A. Köhler, Holzknecht, Kienböck und Stolper zeigen sich die Veränderungen, welche Lues im Knochen setzt, im Röntgenbild in mäßigen Krümmungen und leichten Knickungen der Knochen im ganzen, ossifizierender und rarefizierender Periostitis gleichzeitig nebeneinander, Hyperostose, Sklerose, Osteoporose und Rarefikation an ein und demselben Knochen. Diese Veränderungen will Verf. an vier Fällen im Röntgenbild demonstrieren. In drei dieser Fälle scheint ihm die Diagnose Syphilis sicher zu sein, in dem vierten Falle besteht der Verdacht auf Lues. Dieser vierte Fall soll zu gleicher Zeit hochgradig verkalkte Gefäße (Tibialis antica und postica) zeigen; leider ist davon in der Reproduktion nichts zu erkennen. Ref. kann in den übrigen drei Röntgenbildern nichts für Lues Charakteristisches entdecken. Sicher luetisch infiziert gewesen ist nur der erste Pat.; dessen Röntgenbild zeigt periostale Veränderungen am dritten Metakarpal; für eine gummöse Periostitis kann Ref. dabei nichts Typisches finden. Die gleichzeitig vorhandene Aufhellung der Spongiosa des proximalen Endes kann wohl auch eine andere Deutung — Knochenatrophie im Sinne Sudeck's — finden. Von dem zweiten Bilde sagt K. selbst, daß der osteomyelitische Prozeß im Metacarpus keine typischen röntgenologischen Symptome von Syphilis darbietet, er hält es aber für wahrscheinlich, daß es sich um Lues handelt, da der Gatte der Pat. vor Jahresfrist an Tabes dorsalis verstorben ist (!). Das dritte Bild ist derartig, daß eine exakte Nachprüfung nicht möglich ist. **H. Wagner** (Breslau).

25) **W. Wende.** Sarcomatosis cutis.

(Journ. of cutaneous diseases 1903. Juli.)

W. berichtet über einen sehr interessanten Fall von Sarcomatosis cutis, welcher, nachdem anfangs Spontaninvolutionen eingetreten sind, im Laufe von 2 Jahren ohne Beteiligung innerer Organe zum Tode führte. Die histologischen Befunde werden genau besprochen, ebenso die Stellung der sarkoiden Geschwülste im System, ihre Unterscheidung von Mycosis fungoides und den echten fibroplastischen und sarkoiden Sarkomen. In der Überlegung, daß die Eruptionen der sarkoiden Formen spontan verschwinden können, daß eine Beteiligung des Lymphapparates ebenso fehlt, wie eigentliche Metastasen, und daß die Erkrankung eine reine Hauterkrankung bleibt, kommt Verf. zu dem Schluß, daß man bei diesen Formen mehr von Granulationsgeschwülsten sprechen müsse, als von einer echten Neubildung.

Wenn auch ihre Ätiologie noch vollkommen dunkel ist, so legen die klinischen Erscheinungen doch die Wahrscheinlichkeit eines infektiösen Ursprunges sehr nahe.

Die Diskussion, die sich dem W.'schen Vortrag anschließt, und an der sich Fordyce, Gilchrist u. a. beteiligen, fördert die Klärung der ungemein schwierigen Frage über die Stellung der erwähnten einzelnen Geschwulstformen in pathologisch-anatomischer Hinsicht in keiner Weise. **Harttung** (Breslau).

26) **O. Ormsby and M. Miller.** Report of a case of systemic blastomycosis.

(Journ. of cutaneous diseases 1903. März.)

Verf. berichtet über einen sehr interessanten Fall von universeller Blastomykosis: Pat. erkrankte primär an einer schweren, fieberhaften Lungenaffektion mit großer Abmagerung, die, weil alles, Befund und Familienanamnese, auf Tuberkulose hinwies, zuerst als solche angesprochen wurde. 2 Monate nach der Er-



krankung treten auf hämatogenem Wege Geschwülste in den Extremitäten auf, und es gelingt, von einem tiefliegenden Abszeß eine Reinkultur von Blastomyceten zu gewinnen. Die Sektion ergibt eine universelle Verbreitung der Blastomykose auf alle Organe. Von Tuberkulose findet sich nichts.

Vorzügliche Illustrationen (Photogramme), pathologisch-anatomische und mikroskopische Präparate vervollständigen die hochinteressante Mitteilung.

Harttung (Breslau).

27) Bettmann. Lupus follicularis disseminatus.

(Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Herausgegeben von L. Brauer. Hft. 1.)

B. beschreibt einen Fall von Lupus follicularis disseminatus, welcher zunächst unter dem Bilde einer Akne vulgaris auftrat. Die histologische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Epitheloidtuberkeln, Bazillen wurden nicht gefunden, örtliche Reaktion auf Alt-Tuberkulin war positiv. Nebenbei bestanden an den Extremitäten tuberkulidähnliche Eruptionen. Verf. bespricht die Literatur dieser und ähnlicher seltener Fälle und die Beziehungen zur Tuberkulose.

Klingmüller (Breslau).

28) Landow (Wiesbaden). Röntgenbefund nach Jodipininjektionen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 38.)

Der mitgeteilte Fall, in welchem im Röntgenbild des Oberarmes eine Unmasse von dunklen Flecken, in dem des Vorderarmes dunkle Streifen im Bereiche der Weichteile zu sehen waren, bestätigt, daß die Halogene in reinem Zustande, ebenso wie die chemischen Verbindungen derselben, z. B. das bei dem betreffenden Pat. früher in den Arm injizierte Jodipin, für die Röntgenstrahlen in hohem Maße undurchlässig und mittels derselben im Körper nachweisbar sind.

Nach der von L. wegen chronischen Knochenabszesses im Humerus vorgenommenen Operation konnte an ausgeschnittenen, zitronengelben Fett- und Muskelteilchen des Armes, die für die Röntgenstrahlen undurchlässig waren, Jod nachgewiesen werden. **Kramer** (Glogau).

29) E. Haga (Tokio). Beobachtungen an Röntgenbildern von Schußverletzungen aus der Zeit der chinesischen Wirren (1900).

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 5.)

In Japan waren zur Zeit der chinesischen Wirren drei Röntgenapparate, einer von 30 cm Funkenlänge in der militärärztlichen Akademie zu Tokio. Die beiden anderen Apparate in den Militärlazaretten von Nagoya und Hiroshima hatten eine Funkenlänge von 25 bezw. 20 cm. Mit dem letzten kleinen Apparat, der meist nur Aufnahmen von Armen und Unterschenkeln gestattete, hat H. gearbeitet, und er gibt uns in zehn Abbildungen einige Proben seiner Leistungen. Die Röntgenbilder waren für H. um so wertvoller, da er in weit ausgedehnterem Maße zur Extraktion der Geschosse schritt, als es bei uns üblich ist; er hat in den meisten Fällen anscheinend ohne Schaden die Geschosse entfernt. Der Wunsch der Verwundeten veranlaßte vorzugsweise sein Handeln, dann aber auch das Interesse, zu sehen, welche Deformierungen das Geschoß erfahren hatte. Über diese Veränderungen teilt uns aber H. nichts Näheres mit; auch sonst erfahren wir durch die Arbeit nichts Neues. **H. Wagner** (Breslau).

30) H. Strebel. Rhinophyma, geheilt durch Röntgenstrahlen, und Ephelides, beseitigt durch Ultraviolettstrahlen.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 5.)

In 13 Sitzungen von je 20 Minuten mit einer weichen Röhre (Härtegrad ist nicht angegeben) gelang es S., einen Fall von Rhinophyma zur Heilung zu bringen. 3 Wochen nach der ersten Sitzung begann die Reaktion, 3 Wochen dauerte anscheinend die Röntgendermatitis; die schnellere Verhäutung wurde durch S. nach

seiner Meinung durch rotes Licht bewirkt (5 Wochen). Leider fehlen Abbildungen, die den Befund vor und nach der Behandlung demonstrieren.

Ephelis beseitigte S. anscheinend in einer Sitzung von 10 Minuten bis 2 Stunden — je nach der Größe des befallenen Bezirks — mittels ultravioletter Strahlen, erzeugt von seiner Eisenlichtlampe, die mit einem großen Magnaliumreflektor versehen ist. Ein Dauerresultat läßt sich dadurch nicht erreichen.

H. Wagner (Breslau).

31) W. Colley. Further observations on the influence of the Roentgen ray upon sarcoma.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. August 8.)

Verf., der bekannt ist durch seine erfolgreichen Versuche, inoperable Sarkome mit Mischungen von Erysipel- und Prodigiosustoxinen zu behandeln (ref. Zentralblatt 1902 p. 978), hat sich nunmehr auch der modernen Röntgentherapie dieser Geschwülste zugewandt und teilweise mit seiner früheren Methode kombiniert; er hatte in Jahresfrist 36 Fälle überhaupt in Behandlung, von denen er 30 in tabellarischer Zusammenstellung vorführt und über 6 genauere Krankengeschichten gibt; 4 betreffen Rundzellensarkome mit gutem, wenn auch nicht völligem Erfolg, jedoch mit Gewichtszunahme; ein Pat. mit Melanosarkom hatte ebenfalls Gewichtszunahme und bedeutende Verkleinerung der Geschwülste aufzuweisen. Bei Spindelzellensarkomen hatte die frühere Toxinbehanplung die günstige Heilungsziffer von fast 50% aufzuweisen, deshalb unterwarf Verf. überhaupt nur 6 Fälle dieser Kategorie der Röntgenstrahlenbehandlung mit meist günstigem Erfolg. Verf. kommt zu dem Schluß, daß die Röntgenstrahlenbehandlung bei Sarkomen ihre volle Berechtigung habe, ausgenommen vielleicht bei Extremitätensarkomen, wo eine frühzeitige Amputation zu machen sei. Er rät im übrigen sehr zur Kombination mit der Toxinbehandlung.

Scheuer (Berlin).

32) Krogius. Über einen mit Röntgenstrahlen erfolgreich behandelten Fall von Schädelsarkom.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXI. Hft. 1.)

K. hatte einen Pat. mit Rundzellensarkom des Schädels in Behandlung, der schon wiederholt operiert war und nunmehr als inoperabel galt. Die als letzte Probe vorgenommene Röntgenbehandlung ergab ein sehr beachtenswertes Resultat. Unter ihrem Einfluß schmolzen sowohl die kleinen wie die faustgroße Hauptgeschwulst zusammen wie »Schnee vor der Sonne«, bis nach etwa 2 Monaten keine Spur von ihnen mehr zu entdecken war, alles ohne entzündliche Reaktionen in ihnen oder ihrer Umgebung. K. spricht sich dahin aus, daß von einer Dauerheilung einstweilen noch keine Rede sein könne, daß aber die Beeinflussung der beschriebenen Geschwülste eine sehr wichtige Beobachtung darstelle. Da man heute noch nicht bestimmen könne, welche Geschwülste von den Röntgenstrahlen beseitigt werden, müsse die Anwendung des Messers für alle operablen Fälle in Geltung bleiben; aber man habe die Berechtigung, mit dem Röntgenlicht in systematischer Weise zu experimentieren, wo sich Hindernisse irgendwelcher Art dem Eingriff entgegenstellten. Von den Karzinomen eignen sich anscheinend die flachen, ulzerierenden zu einem Versuche, vor allem »Paget's disease of the nipple«. Bei Hautverbrennungen nach Bestrahlungen mit Röntgenlicht ist Thiolum liquidum sehr zu empfehlen, konzentriert oder mit gleichen Teilen Wasser.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

33) Society transactions amer. dermatological association. September 1902.

(Journ. of cutaneous diseases 1903. März.)

Gelegentlich des Berichtes von Allen über die erfolgreiche Behandlung eines Gesichtsepithelioms mit Röntgenstrahlen entspinnt sich eine lebhafte Debatte über den Wert dieser Behandlung, in der merkwürdigerweise Fox und Robinson für



Ausschabung, Fordyce für solche und Kaustik gegenüber einer einfachen Exzision und Röntgenbehandlung eintraten.

Lustgarten berichtet über einen Fall von multipler Sarkomatose, welche unter Arsenbehandlung sichtliche Heilungsfortschritte machte; histologisch fanden sich die Bilder, wie sie die sarkoiden Geschwülste zeigen.

Harttung (Breslau).

34) **F. Colley.** Über Späterkrankungen zentralen oder peripheren Ursprungs nach Schädeltraumen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 593.)

C. geht zunächst auf die posttraumatische Spätapoplexie ein und erörtert ausführlich, daß die Diagnose auf solche nur dann mit einiger Sicherheit zu stellen ist, wenn der Pat. frei von Gefäßveränderungen war, ferner Lues, Alkohol- und Herzkrankheiten auszuschließen sind, es sich auch nicht um ältere Leute handelt, die Arteriosklerose haben. Nach polemischer Auseinandersetzung mit Seydel über einen von beiden Seiten verschieden beurteilten Spezialfall beschreibt Verf. eine eigene Beobachtung posttraumatischer Zentralerkrankung, deren Sitz er — nach einem Hieb, der eine Schädelimpression in der Kranznaht veranlaßt hatte — in die Hauben- und Vierhügelgegend verlegt. Näheres siehe im Original.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

35) **N. P. Trinkler** (Charkow). Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlung des Hydrocephalus internus.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. XXXVII. Hft. 3 u. 4.)

Verf. gibt eine kurze Charakteristik des Hydrocephalus und erörtert das Wesen dieser Affektion als klinische Form. Er bespricht darauf den gegenwärtigen Stand der Lehre von den pathologisch-anatomischen Prozessen und veröffentlicht einen Fall aus seiner Praxis, in dem die chirurgische Behandlung, Trepanation, mit günstigem Erfolg angewendet wurde.

Es handelt sich um einen 9jährigen Knaben, bei dem im 7. Lebensjahre unter lang dauernden Kopfschmerzen und Nachlassen des Sehvermögens, sowie häufigem Erbrechen sich ein Hydrocephalus internus entwickelte. Als Pat. in Behandlung kam, war der Kopf etwa $1\frac{1}{2}$mal so groß wie in der Norm. Das Kind ist intellektuell gut entwickelt. Unter heftigen Anfällen von Kopfschmerzen und Erbrechen wirft es sich in fast bewußtlosem Zustand im Bett herum. Die Anfälle treten mehrmals am Tage auf und dauern $\frac{1}{2}$—1 Stunde. Es besteht leichter Grad von Exophthalmus mit amaurotischem, leblosem, starrem Ausdruck der Augen. Pat. vermag nur undeutlich Licht von Dunkelheit zu unterscheiden. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergibt beginnende Atrophie des N. opticus.

T. trepaniert nach v. Bergmann das Stirnbein. Nach vorhergegangener Punktion wird ein langes Stilett fast 6 cm tief in die Gehirnsubstanz versenkt und dasselbe an einer Gazekompresse befestigt. Zwei bis drei ausgekochte Fil de Florence werden in die Kanüle eingeführt und dadurch tropfenweises Ausfließen der Flüssigkeit bewirkt. Die Temperatur stieg noch an demselben Tage auf 38°, um am 3. Tage wieder zur Norm zurückzukehren. Der Erfolg des Eingriffs war der, daß die Kopfschmerzen und das Erbrechen aufhörten und bereits am 1. Tage nach der Operation das Sehvermögen sich erheblich besserte, so daß der Knabe sogar die Streifen der Bettdecke erkennen konnte. Dieses günstige Resultat dauerte ca. 1 Monat. Die Kanüle wurde am 3. Tage entfernt und die Wunde verheilte glatt.

Später wurde noch zweimal gleiche Punktion, immer mit demselben, wenn auch nicht andauernden, günstigen Erfolg vorgenommen. **A. Niché** (Breslau).

36) **O. Fittig.** Über einen röntgenographisch lokalisierten Fall von Hirntumor.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 6.)

Wie außerordentlich schwierig sowohl für den Neurologen wie Chirurgen die Lokalisation einer Hirngeschwulst oft ist, ist wohl bekannt. F. ist es, soweit Ref.

weiß, zum erstenmal gelungen, eine Hirngeschwulst skiagraphisch darzustellen. Die klinischen Symptome ließen die Geschwulst auf der linken Seite vermuten, das Röntgenbild zeigte sie aber auf der rechten Seite. Die Operation und Autopsie bestätigte den Befund des Röntgenbildes. Die Darstellung der Geschwulst — eines Glioms — gelang dadurch, daß Verkalkungen in ihr vorhanden waren; da diese sich häufig in Hirngeschwülsten finden, so fordert der Erfolg F.'s wohl auf, in anderen Fällen von Hirngeschwülsten die Skiagraphie zur Diagnostik heranzuziehen. **H. Wagner** (Breslau).

37) **Compaired.** Imperforation congenitale du conduit auditif droit. Opération. Guérison.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 4.)

Es handelte sich um ein 26 Tage altes Kind, das neben vollständig normaler Ausbildung der rechten Ohrmuschel eine Atresie des Gehörgangs zeigte. Da C. durch Tastung den Eindruck gewann, daß es sich nur um einen häutigen Verschluß handle, trennte er, nachdem das Kind 1 Jahr alt geworden, die Membran durch Kreuzschnitt. Danach fand sich, daß der zentrale Teil des Gehörganges vorhanden war; in ihm lag eine gelatinöse Masse. Trommelfell schlaff, gelblich, unvollkommen entwickelt. Heilung mit weiter Gehörgangslichtung unter Tamponade.

(Der Fall ist einer der wenigen, wenn nicht der einzige, bei dem sich eine angeborene Atresie des Gehörganges operativ beseitigen ließ. Ref.)

Hinsberg (Breslau).

38) **Klug.** De la contagiosité de l'otite moyenne aigue.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 8.)

Vor kurzem publizierte Lermoyez eine Anzahl von Fällen, die darauf hinzudeuten schienen, daß die Otitis media acuta kontagiös ist. K. vertritt ebenfalls diese Anschauung und führt, um sie zu stützen, eine Reihe von Beobachtungen aus seiner Praxis an, bei denen im Zeitraum von wenigen Tagen zwei Mitglieder derselben Familie an Otitis media erkrankten, ohne daß eine Infektionskrankheit oder ein Schnupfen im Spiele waren. Wenn weitere Beobachtungen zum gleichen Resultat führen sollten, so würde sich nach K.'s Ansicht die Notwendigkeit ergeben, an Otitis media acuta leidende Pat. zu isolieren.

Hinsberg (Breslau).

39) **F. F. Sassedatelew.** Ein seltener Fall von Anomalie der Siebbeinhöhle.

(Die Chirurgie 1903. Mai. [Russisch.])

S. fand an einem Schädel hinter der gut entwickelten Stirnbeinhöhle eine zweite geräumige Höhle, die mit der ersten nicht in Verbindung stand. Diese zweite Höhle lag in der Knochenplatte, die die obere Augenhöhlenwand bildete, und reichte fast bis zum Foramen opticum; der Ausführungsgang mündete in den Sulcus bullae, während die Stirnhöhle mit dem Sulcus proc. vereint kommunizierte. S. sieht in diesem Hohlraum eine stark entwickelte vordere Zelle der Siebbeinhöhle.

In der Literatur sind sieben solche Fälle verzeichnet. Eine Tafel zeigt die Lage der Höhle, sowie zwei Abgüsse derselben. **Gückel** (Kondal, Saratow).

40) **A. Onodi.** Die Eröffnung der Kieferhöhle im mittleren Nasengange.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIV. p. 154.)

Verf. hat einen Dilatationstrokar konstruiert zur Ausführung der oben genannten Operation. Derselbe hat die Form einer starken gekrümmten Pinzette; die beiden Branchen bilden nun einen starken Stachel, der durch den mittleren Nasengang in die Kieferhöhle eingestoßen wird. Dann werden durch einen Druck auf die hinteren Teile der Branchen die letzteren auseinander gezogen, so daß hierdurch die Öffnung in der Höhle bedeutend erweitert wird.

Manasse (Straßburg i. E.).



41) Hanszel. Abcès du rétropharynx compliquant une sinusite nasale.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 4.)

Ein 17jähriges Mädchen, das an Rhinitis atrophicans litt, erkrankte plötzlich mit hohem Fieber (39°) und Frösten. Neben Stirn- und Kieferhöhlenempyem fand sich ein Retropharyngealabszeß, der nach Inzision heilte. H. glaubt, daß, von der Nebenhöhlenerkrankung ausgehend, eine Infektion der retropharyngealen Lymphdrüsen erfolgt sei, durch deren Einschmelzung der Abszeß entstand.

Hinsberg (Breslau).

42) Crouch. A granuloma of the nose, due to iodide of potassium.

(Bristol med.-chir. journ. 1903. September.)

30jähriger Mann mit luetischer Erkrankung der Nase und des Kehlkopfes, Nekrose der Nasenbeine und des Septum, Gaumenperforationen; auf der Nasenspitze eine mit Haut bedeckte, feste, pilzähnliche Geschwulst, welche sehr gefäßreich war und auf Druck an zahlreichen Stellen Eiter entleerte. Mehrere ähnliche kleinere Geschwülste an der Stirn und den Schläfen, Jodakne des Gesichts. Hutchinson, welcher den Fall sah, erklärte die Nasengeschwulst für ein Granulom infolge längeren Jodkaligebrauches; die Ausscheidung des Jodkali aus dem Körper war infolge eines gleichzeitigen Herzklappenfehlers verzögert. Nach Aussetzen des Jods und Ätzung erfolgte rasche Heilung des Granuloms. Nach Hutchinson können derartige Jodgranulome leicht mit Lues und mit Mykosis fungoides verwechselt werden.

Mohr (Bielefeld).

43) N. Senn. A scalp face. A new plastic operation.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. Juni 20.)

Verf. berichtet über einen äußerst interessanten Fall von ursprünglich unbedeutender Erkrankung im Gesicht, die durch Kurpfuscherbehandlung eine kolossale Zerstörung zur Folge hatte. Es handelte sich um einen 31jährigen Farmer, der früher immer gesund gewesen war. 3 Jahre vorher hatte er an der Oberlippe unter dem Septum narium eine schmale Schwellung, die ursprünglich als »gelbes Bläschen« auftrat und unter Salbenbehandlung heilte, jedoch immer noch ein hartes Knötchen hinterließ; auch dieses schwand, kehrte jedoch bald wieder, um nun schnell zu wachsen. Ein Kurpfuscher erklärte die Schwellung für Krebs, und verordnete eine Ätzpaste mit dem Erfolg, daß nach 10 Wochen Nase, Oberlippe, beide Backen, beide Augenlider total weggefressen waren. Speichel und Speisen quollen aus dem Munde hervor. Einfache Transplantationen blieben erfolglos. Deshalb entschloß sich S., einen Riesenlappen aus der Kopfhaut zu bilden, allmählich zu mobilisieren, an den Ort der Zerstörung zu bringen und den entstehenden Defekt an der Galea jedesmal mit Thiersch-Läppchen zu decken. Es gelang, in 12 Sitzungen ein befriedigendes Resultat zu erreichen, so daß die Defekte sämtlich gedeckt waren. Der Lappen ging über die Scheitelhöhe von einem Ohr zum andern und hatte genügend Breite, um die ganze hautentblößte Gesichtspartie zu bedecken. Die einzelnen Phasen der Operationen sind durch sieben sehr gute Photographien klar veranschaulicht, das Herüberschieben über die gesund erhaltenen Augen gelang leicht, die Haare wurden durch Röntgenbestrahlung entfernt. Wenn auch das erreichte Resultat nicht gerade als kosmetisch schön bezeichnet werden kann, so ist es andererseits doch gelungen, das Gesicht wieder völlig mit Haut zu besetzen und dem Pat. wieder ein menschenwürdiges Dasein zu verschaffen.

Scheuer (Berlin).

44) Depoutre. Péri-amygdalite linguale phlegmoneuse.

(Ann. de malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 5.)

Wie in der Umgebung der Gaumenmandeln, so kommen auch an der Zungenmandel peritonsilläre Abszesse vor. D. beobachtete eine solche bei einem 25jährigen Manne, der unter hohem Fieber und heftigen Schluckschmerzen erkrankte. Heilung nach wiederholter Inzision des Abszesses.

Hinsberg (Breslau).

45) **L. Neufeld.** Zur Semiotik der tiefsitzenden Pharynxkarzinome.
(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIV. p. 182.)

Beschreibung eines Falles von Karzinom des linken Sinus pyriformis mit Übergreifen auf die Kehlkopfknorpel und Verengerung des Kehlkopfeingangs. Metastasen der regionären Lymphdrüsen sowie der trachealen Lymphknoten.

Manasse (Straßburg i. E.).

46) **Roe.** Bilateral bony ankylosis of the temporomaxillary articulation of traumatic origin and its surgical treatment.
(Annals of surgery 1903. August.)

Nach einer durch Fall hervorgerufenen Fraktur am senkrechten Unterkieferaste war bei zwei Kranken eine knöcherne Ankylose sowohl des rechten wie des linken Kiefergelenks eingetreten, so daß die Zähne nur 1 mm voneinander gebracht werden konnten. Das Skiagramm zeigte eine beide Kiefergelenke umgebende Kallusmasse. Mit dem Meißel entfernte R. auf beiden Seiten subperiostal die zwischen Kiefer, Hals und Jochbein vorhandene knöcherne Brücke mitsamt dem Hals und Kopf des Proc. condyloideus. Danach vermochten beide Kranke später ihren Mund $1^1/_4$ Zoll weit zu öffnen.

Das gute funktionelle Resultat hängt mit von dem guten Zustande der Masseteren ab; deswegen ist es wichtig, dieselben nicht in horizontaler, sondern in senkrechter Richtung zu durchtrennen. Die Operationswunde soll ohne Drainage geschlossen werden, peinlichste Asepsis ist notwendig. Während der Operation tritt leicht eine gefährliche Asphyxie ein, sobald der Unterkiefer nach Durchtrennung der Ankylose nach abwärts sinkt, weil hierdurch die ohnehin schon nach rückwärts verschobenen Teile (Zunge, Zungenbein und Epiglottis) noch weiter nach hinten treten. Zug an der Zunge, dem Zungenbein und der Epiglottis, eventuell die Laryngotomie werden deswegen notwendig.

Verf. spricht sich dahin aus, daß bei narbiger Veränderung der Masseteren und der das Kiefergelenk umgebenden Weichteile ein künstliches Gelenk durch Durchtrennung des Halses des Proc. condyloideus hergestellt werden soll. Ist keine oder nur eine geringe narbige Veränderung in der Umgebung des Gelenkes vorhanden, so gibt die besten Resultate die Exstirpation des Kopfes und Halses des Proc. condyloideus. **Herhold** (Altona).

47) **Maljean.** Sur deux cas de surdité hystérique guérie rapidement par la suggestion opératoire.
(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 5.)

Bei den beiden Pat. M.'s mit hysterischer Taubheit wurde, nachdem verschiedene Behandlungsmethoden ohne Erfolg angewandt worden waren, vollkommene Heilung durch eine Scheinoperation erzielt. In Narkose wurde, ohne daß ein Eingriff vorgenommen worden wäre, ein Verband angelegt. Während die Pat. auch in halber Narkose nicht auf Fragen reagierten — ein Zeichen, daß es sich nicht etwa um Simulation gehandelt hat —, kehrte nach der Narkose das Gehör schnell zurück. **Hinsberg** (Breslau).

48) **de Ponthière.** La tuberculose du larynx et la tuberculine de Denys.
(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 8.)

P. glaubt in einigen Fällen von Kehlkopftuberkulose sehr gute Erfolge durch Behandlung mit Tuberkulin Denys erzielt zu haben.

Das Präparat wird durch Filtrieren einer Glyzerin-Bouillonkultur von Tuberkelbazillen gewonnen; es wird ähnlich wie das Tuberkulin von Koch angewandt. Die Erfahrungen sind noch zu wenig zahlreich (drei Fälle) und zu jung, um ein definitives Urteil zu erlauben. **Hinsberg** (Breslau).



49) **Boulay** et **Gasne.** Deux cas de corps étranger sous-glottique chez de jeunes enfants.

(Ann. des malad. de l'oreille etc. 1903. Nr. 9.)

Es handelte sich in beiden Fällen um Kinder im 2. Lebensjahre, bei denen wegen Fremdkörpers tracheotomiert werden mußte. Die vorher vorhandene Dyspnoe schwand nach dem Luftröhrenschnitt sofort, trat jedoch wieder auf, sobald die Kanüle entfernt wurde. Bei beiden befand sich der Fremdkörper — ein Korkstück bezw. die Wirbelkörper eines Fisches — im subglottischen Raum, in Granulationen eingebettet. Beim ersten Falle wurde er vermittels einer durch den Kehlkopf eingeführten Sonde in die gefensterte Trachealkanüle gestoßen, beim zweiten kam er gleichzeitig mit den durch eine Curette entfernten Granulationen zum Vorschein. **Hinsberg** (Breslau).

50) **J. A. Killian** (Worms). Entfernung eines Pfennigstückes aus dem rechten Bronchus eines Erwachsenen vom Mund aus mittels oberer Bronchoskopie.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 37.)

Der Fremdkörper saß tief im rechten Bronchus mit der Kante nach oben; die Entfernung gelang nach Kokainisierung durch eine durch Mund und Kehlkopf eingeführte 9 mm weite und ca. 28 cm lange Röhre mittels der Zange.

Kramer (Glogau).

51) **F. Röpke.** Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper im Kehlkopf und in der Luftröhre.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIV. p. 189.)

R. berichtet in knapper, präziser Form über vier interessante Fremdkörperfälle in Kehlkopf und Luftröhre: im ersten Falle, bei welchem der Fremdkörper durch Tracheotomie entfernt werden mußte, war $^1/_4$ Jahr vor der Behandlung eine Doppelknopfnadel aus Messing in die Trachea gerutscht und hatte hier heftige entzündliche Erscheinungen hervorgerufen. Beim zweiten Falle wurde ein Käfer aus Hartgummi, der zwischen beiden Stimmbändern eingekeilt war, mit der Polypenpinzette entfernt. Dem dritten Pat. wurde ein gegabelter Koniferenzweig mit der Zange aus dem Kehlkopf geholt. Endlich handelte es sich beim vierten Falle um eine gleich nach der Exstirpation aspirierte Rachenmandel, die dadurch aus der Luftröhre entfernt wurde, daß Verf. den kleinen Pat. auf den Kopf stellte und auf den Rücken klopfte. **Manasse** (Straßburg i. E.).

52) **B. Chormshitzky.** Ein Fall von Cornu laryngeum.

(Archiv für Laryngologie und Rhinologie Bd. XIV. p. 174.)

Die Geschwulst saß über dem linken Stimmbande, war erbsengroß, weißlich, sehr hart, zackig und wurde mit der kalten Schlinge entfernt. Verf. gibt das Resultat einer genauen mikroskopischen Untersuchung: er konnte folgende fünf Schichten an der Geschwulst unterscheiden: Bindegewebsschicht, Riffzellenschicht, Übergangsschicht, Stratum lucidum und Hornschicht. Er stellt die Geschwulst den Hautformen gleich und gibt ihr mit Jurasch den Namen Cornu laryngeum.

Manasse (Straßburg i. E.).

53) **A. H. Burgess.** Skin grafting in the treatment of laryngeal stenosis.

(Med. chronicle 1903. Juli.)

38jähriger Mann trug seit 7 Jahren infolge narbiger kompletter Obliteration des Kehlkopfes (con. suic.) eine Tracheotomiekanüle. — Nach voraufgegangener Tracheotomie unterhalb der alten Trachealfistel Laryngofissur und Ausschneiden der Narbenmasse, welche den unteren Abschnitt des Kehlkopfes und den oberen

der Luftröhre in 1 Zoll Länge ausfüllte. Nach 10 Tagen Bedeckung der angefrischten Granulationen mit einem Thiersch'schen Epidermislappen, der durch eingeführtes und mit einer Naht am Ringknorpel befestigtes Drainrohr von entsprechendem Kaliber in richtiger Lage gehalten wurde. Der Lappen heilte an. 3 Wochen später Entfernung der Kanüle und völliger Nahtverschluß der Trachealwunden. Pat. konnte sogleich deutlich, wenn auch heiser, sprechen, und die Stimme besserte sich dauernd während der folgenden 10 Wochen. Die Atmung war ziemlich frei, nur nachts stellte sich bisweilen Dyspnoe ein. Da aber der Kranke nicht länger im Spital bleiben wollte, mußte das untere Ende der Narbe wieder eröffnet und eine enge Fensterkanüle wieder eingeführt werden. Bei zugehaltener Kanülenöffnung konnte Pat. mit völlig klarer Stimme sprechen.

Kleinschmidt (Kassel).

54) **A. Martina.** Die Arrosionsblutungen nach der Tracheotomie durch Kanülendekubitus.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIX. p. 567.)

Zwei einschlägige Fälle, Erwachsene betreffend, aus der Grazer Klinik. 1) 27jährige Phthisika, wegen Dyspnoe infolge von Verschwellung des Kehlkopfeinganges mittels Tracheotomia inf. operiert. Einer Struma wegen mußte der Luftröhrenschnitt ungewöhnlich tief angelegt werden, und war zum Schluß der Operation unten die Anonyma sichtbar gewesen. Am 6. Tage starke Schmerzen in Wunde und Jugulum, am 8. Tage die tödliche Blutung. Pat. 2, 42jährig, wegen Karzinom einer Kehlkopfexstirpation nebst Tracheotomia inf. unterzogen. Im Verlaufe Schmerzen im Jugulum, am 12. Tage blutige Streifen im Auswurf, am 13. die tödliche Blutung. Sektion ergab in beiden Fällen ein durch das untere Kanülenende hervorgebrachtes Dekubitalgeschwür der vorderen Trachealwand, nebst Usur und Perforation der Anonyma.

Vergleichung der Literatur ergab 46 ähnliche Blutungen bei Kindern, nur 3 bei Erwachsenen. Die letzteren werden genauer referiert, erstere tabellarisch zusammengestellt. Das arrodierte Gefäß ist am häufigsten die Anonyma (in 78% der Fälle). Das Unglück tritt meist bei der unteren Tracheotomie ein (in 40 Fällen gegenüber 5 bei oberer). Schuld am Ereignis ist nur dem Kanülendruck beizumessen, und zu seiner Verhütung scheinen Kanülen mit senkrecht geradem Unterteil (nach Durham) ratsam. Was die Therapie betrifft, so können etwa arrodierte kleinere Gefäße (Art. thyreoidea, Ven. jugularis) unterbunden, mäßige Blutungen durch Tamponade beherrscht werden. Verf. diskutiert aber auch Blutstillungsverfahren bei Anonymausur und spricht außer von deren Unterbindung auch von ihrer Resektion, gefolgt von Naht bezw. Wiedervereinigung mit der Payr'schen Magnesiumprothese. Payr will sogar, um nicht den Truncus anonymus zu opfern, die Subclavia oder Carotis dextra doppelt unterbinden und trennen, sodann ihren zentralen Stumpf in die Perforation der Anonyma implantieren.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

55) **Focken.** Über chronisch ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 5.)

F. bringt vier Fälle der genannten Krankheit aus der Erb'schen Klinik und analysiert die einzelnen Symptome im steten Vergleich mit den bisher in der Literatur niedergelegten Fällen.

Ätiologisch spielt in einer der F.'schen Beobachtungen die Gonorrhöe eine entscheidende Rolle, in anderen rheumatische Schädlichkeiten. Die Frage, wie weit sie Bechterew's oder Strümpell-Marie's Typus der Krankheit einzureihen sind, erledigt sich dadurch, daß F. überhaupt einen wohlcharakterisierten Unterschied dieser beiden Typen negiert.

Für die pathologische Anatomie können F.'s Fälle nur insofern einen Beitrag liefern, als nach den Skiagraphien die Zwischenwirbelscheiben unversehrt waren.



F. ist nicht geneigt, der Krankheit eine Sonderstellung einzuräumen, sondern möchte sie der Spondylitis deformans zurechnen, einer keineswegs wohlcharakterisierten und anatomisch abgegrenzten Bezeichnung, unter der alle chronischen Versteifungen der Wirbelsäule zusammengefaßt werden. **Haeckel** (Stettin).

56) Quincke. Über Spondylitis infectiosa.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 5.)

1) Bei einem 46jährigen Landarbeiter trat 6 Wochen nach Beginn einer normal verlaufenen, mittelschweren Pneumonie eine Entzündung der Lendenwirbel auf, welche mit leichtem Gibbus ohne wesentliche Störungen ausheilte.

2) Bei einem anderen 46jährigen Landarbeiter bildete sich 3 Monate nach Beginn eines putriden Pleuraempyems gleichfalls eine Entzündung der Lendenwirbel heraus, welche ohne nennenswerte Funktionsstörung zur Heilung kam. In dem eitrigen Pleuraexsudat fanden sich vorwiegend Streptokokken.

Man wird nicht fehlgehen, wenn man diese Fälle als Pneumokokken- resp. Streptokokkenosteomyelitis auffaßt. Sie stehen in gleicher Linie mit der gleichfalls von Q. zuerst beschriebenen Spondylitis typhosa, und man ist berechtigt, all diese Wirbelentzündungen als Spondylitis infectiosa zusammenzufassen. Berücksichtigt man die Ergebnisse Fraenkel's, welcher bei seinen systematischen Untersuchungen des Knochenmarkes der Wirbel bei den verschiedensten Infektionskrankheiten fast regelmäßig die entsprechenden Mikroben im Wirbelmark fand, so eröffnet sich eine neue, sehr interessante Perspektive auf die Rolle, welche besonders das Knochenmark der Wirbel bei Infektionskrankheiten spielt; dasselbe verhält sich dabei sehr analog der Milz. **Haeckel** (Stettin).

57) A. Fasquelle. De la diminution de la distance sterno-cricoïdienne comme signe de l'affaisement de la colonne vertebrale.

(Revue de chir. XXIII. ann. Nr. 6.)

Einem Soldaten fiel ein schweres Bündel Heu auf den Kopf. Er klagte sofort über Steifigkeit des Halses, heftige Schmerzen bei Drehbewegungen und erschwerte Atmung durch die Nase. Von längerem Urlaub zurückkehrend, zeigte er deutliche Kyphose der Halswirbelsäule und sagte, er habe in Zivil tiefere Kragen anlegen müssen als früher. F. maß daraufhin den Abstand von der Mitte der Cartilago cricoidea, die zwischen Daumen und Zeigefinger fixiert wurde, bis zur Incisura sterni und fand sie zu 15 mm; bei etwa 100 Kontrollmessungen dagegen betrug sie im Durchschnitt 40—45 mm, abgesehen von einem 178 cm langen Manne, wo nur 2,5 cm Abstand gefunden wurde. Doch konnten hier in der Anamnese zwei erhebliche Kompressionen der Halswirbelsäule aufgedeckt werden, so daß hier wohl gleichfalls ein Fall von Kümmell'scher Krankheit vorlag. F. gibt sich der Hoffnung hin, daß seine Messungsmethode der Erkennung von Verbiegungen der Halswirbelsäule gute Dienste leisten werde.

Christel (Metz).

58) A. Exner. Ein Fall von Exostose der Wirbelsäule.

(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, Festschrift für Rudolf Chrobak

Ein 22jähriger Bauer hatte seit 3 Vierteljahren das langsame Entstehen einer Geschwulst in der linken Lendengegend bemerkt. Allmählich hatten sich dabei nach vorn ausstrahlende Schmerzen eingestellt, die sich bei Anstrengungen besonders bemerkbar machten. Links von der Mittellinie befand sich eine hühnereigroße, etwas bewegliche Geschwulst, die als von der Muskulatur ausgehendes Sarkom aufgefaßt wurde. Dabei bestand eine leichte links konvexe Lumbalskoliose. Bei der Operation kam E. auf einen $1^1/_2$ cm breiten und 4 cm langen, platten Knochenfortsatz, der an der Seitenfläche des 4. Lendenwirbels aufsaß. Zwischen Processus transvers. und Exostose konnte ein Finger eingelegt werden. Abtragung der Geschwulst. Heilung. Eine nachher gemachte Röntgenaufnahme ließ neben dem ursprünglichen Sitz der Exostose noch einen zungenförmigen Fort

satz, von dem oberen Rande des 4. Lendenwirbels gegen den 3. Lendenwirbel hinziehend, erkennen. Dieser zweite Fortsatz spricht dafür, daß es sich in der Tat um eine Exostose und nicht um eine Lendenrippe gehandelt hat. Auch der Knorpelüberzug an der freien Spitze des Knochenfortsatzes macht dies wahrscheinlich. Aus der Literatur konnte Verf. als ähnlichen Fall nur einen von C. O. Weber auffinden, der einen Mann betraf, der an Visceralneuralgien gelitten hatte und bei dem die Sektion eine Exostose an der vorderen Seite der Lendenwirbel aufdeckte. **E. Moser** (Zittau).

59) **Legrand.** Accident mortel dans la marche en skis. Blessures des artères carotide, primitive et sous-mentale droites.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1903. August.)

Beim Skilauf stürzte ein Mann mit seiner rechten Halshälfte auf das spitze eiserne Ende des Alpenstockes, welcher sich vorher, aus den Händen entgleitend, mit dem stumpfen Ende in den Schnee gebohrt hatte. Da nach Ankunft im Hospital die unterhalb des Kiefers sitzende Wunde, nach Entfernung des Notverbandes, stark blutete, wurde dieselbe erweitert und eine Verletzung der Maxillaris externa angetroffen. Dieselbe wurde unterbunden, wodurch der Zustand des somnolenten Kranken sich besserte. Nachdem dieser aus seinem Koma erwacht war, konnte eine Lähmung des linken Armes und Beines, sowie eine Herabsetzung der Sensibilität an diesen Gliedmaßen festgestellt werden. Am 2. Tage nach der Verletzung trat wieder Bewußtlosigkeit ein, und ging der Verwundete unter Erhöhung der Temperatur und der Pulszahl zugrunde. Bei der Autopsie wurde eine Verletzung der Art. carot. communis und in der Carot. intern. dort, wo sie in den Schädel eintritt, ein Embolus gefunden, der sich bis in die Art. fossae Sylvii verfolgen ließ. Die Hirnwindungen in der Umgebung der Fossa Sylvii und der Fissura Rolandi zeigten das Bild der roten Erweichung. Die Stichwunde der Carot. communis war durch ein Blutkoagulum verschlossen, welches sich nach oben zur Carot. interna fortsetzte.

Verf. weist auf die Gefahren des Skisports hin, welche namentlich durch unrichtige Führung und Haltung des Alpenstocks bedingt werden.

Herhold (Altona).

60) **P. Sebileau.** Vaste tumeur gazeuse du cou et du médiastin.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 142.)

Ein 2jähriges Mädchen zeigte an der rechten Halsseite eine diffuse Anschwellung zwischen Schlüsselbein und Unterkiefer, nach vorn bis zu Kehlkopf und Luftröhre, hinten unter den Kappenmuskel reichend. Beim Schreien des Kindes vergrößerte sie sich stark und ließ an ihrer Oberfläche direkt unter der Haut zwei weitere Vorwölbungen auftreten, eine von Nußgröße, die zweite von der Größe einer kleinen Mandarine, welche durch je eine bleistiftdicke Öffnung im Musc. sternocleidomastoideus mit der Hauptgeschwulst kommunizierten. Bei der Inspiration verschwanden diese Geschwülste nicht nur, sondern es kam sogar zu einer Einziehung der Haut an ihrer Stelle. Der Perkussionsschall war tympanitisch. — Die Geschwulst war seit einem halben Jahre entstanden und stetig gewachsen.

S. versuchte die Geschwulst zu exstirpieren; doch war ihre Wand überall so dünn, daß sie stets einriß. Er konnte so viel feststellen, daß die lufthaltende Höhle, in welche er gelangte, aufwärts bis zum Zungenbein, einwärts bis zur Luftröhre, nach hinten bis zu den prävertebralen Halsmuskeln und abwärts unmittelbar vor den großen Gefäßen in das Mediastinum reichte. Nach außen fühlte er hier die Innenwand der rechten Lunge, nach unten den Lungensack. An welcher Stelle die Kommunikation der Höhle mit den Luftwegen bestand, gelang ihm nicht festzustellen; füllte er die Höhle mit sterilem Wasser, so sah er Luftblasen aufsteigen. — Da die Ausschälung der Geschwulstwand unmöglich war, begnügte S. sich da-



mit, sie mit Jodtinktur abzureiben und ein Drainrohr in die Höhle einzulegen. — Er erzielte völlige Heilung.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte, daß die Höhlenwand von dichter Bindegewebsbündeln gebildet wurde und an ihrer Innenfläche von einem stark abgeplatteten Endothelium ausgekleidet war. Es handelte sich nach Ansich S.'s weder um ein stark erweitertes Luftröhrendivertikel, noch um ein einfache Austreten von Luft nach Berstung der Luftwege an irgendeiner Stelle, da di Höhle eine fortlaufende Wandung, wie bei einer Cyste, besaß.

Reichel (Chemnitz).

61) de Graag. Über Strumen mit Knochenmetastasen.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 5.)

Ein verhältnismäßig kleines Adenokarzinom der Schilddrüse, welches se 8 Jahren bestand, hatte kleine Metastasen in den Lungen und eine größere i der Wirbelsäule gemacht. Die Metastasen ließen deutliche Schilddrüsenstrukt erkennen, wie schon Eberth vor langer Zeit darauf aufmerksam gemacht ha daß die Metastasen förmliche Metastasen der Drüse selbst darstellen, und wie seitdem schon öfters beschrieben worden ist.

Haeckel (Stettin).

62) Hopmann. Eine seltene Mediastinalgeschwulst (endothorazisch Riesenkropf).

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 4.)

H. behandelte längere Zeit einen 50jährigen Pat. mit starker Atemnot u hoher Pulsfrequenz, bei welchem sich eine große Mediastinalgeschwulst nachweis ließ; am Halse fand sich keine Anschwellung. Unter Jodgebrauch verkleiner sich die Geschwulst, so daß Bösartigkeit derselben unwahrscheinlich und end thorazische Kropfbildung in den Bereich der diagnostischen Erwägungen gezog wurde; eine Pneumonie führte zum Tode. Die Sektion ergab, daß es sich u einen enormen endothorazischen Kropf handelte; die Geschwulst wog 890 g, w 19 cm lang, 13 cm breit, 12 cm dick; sie reichte nach unten bis ans Zwerchf und bedeckte den Herzbeutel. Das Herz war ganz nach unten, hinten und lin verdrängt.

Die meisten retrosternalen Kröpfe sind entweder nur teilweise retroster oder so beweglich, daß ihr oberstes Ende in der Fossa jugularis beim Schluck oder Pressen zum Vorschein kommt. Schon erheblich seltener sind Kröpfe, denen äußerlich am Halse nichts vom Kropfe nachweisbar ist, welche ganz Mediastinum eingeschlossen und daselbst fixiert sind, am seltensten aber ist di Kropfart von so kolossaler Größenentwicklung wie im vorliegenden Falle. V diesen endothorazischen Riesenkröpfen konnte H. in der Literatur nur fünf Fä finden.

Haeckel (Stettin).

63) Bregman und Steinhaus. Lymphosarkom des Mittelfelles Übergang in den Rückgratskanal.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXII. p. 410.)

Klinische und anatomische Beschreibung eines sehr seltenen Falles von Lymp sarkom des Mediastinum bei einem 20jährigen Mädchen, mit Einwucherung Geschwulst durch die Foramina intervertebralia in den Spinalkanal und Ko pression des Rückenmarkes. Die Geschwulst hat wahrscheinlich ihren Ausgan punkt von Thymusresten genommen.

Fertig (Göttingen).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wo man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verla handlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 51. Sonnabend, den 19. Dezember. 1903.

Die Versorgung des Appendixstumpfes.

Von

Prof. **Riedel** in Jena.

In der Chirurgie sind zuweilen technische Kleinigkeiten von großer Bedeutung. Nichts erscheint einfacher, als den Stumpf einer abgetragenen Appendix zu versorgen, und doch sind auf diesem Gebiete Fehler gemacht worden, wenn die Angaben Zeller's in Nr. 45 dieses Blattes zutreffend sind.

»Die Art und Weise, wie der Wurmfortsatz bei den Operationen wegen Perityphlitis in der Regel entfernt wird, ist die, daß das von seinem Mesenterium befreite Organ dicht nach seinem Abgange vom Coecum unterbunden und abgetragen wird, nachdem aus der Serosa eine Manschette gebildet war, die dann

über den Stumpf genäht wird. Wer dann noch ganz sicher gehen will, stülpt den Stumpf in das Coecum hinein, dessen Wände dann über ihm vernäht werden.«

Ich halte das Übernähen einer Manschette über den unter allen Umständen infizierten Stumpf für ein sehr bedenkliches Verfahren; wenn aber nun vollends dieser infizierte Stumpf der Wand des Coecums einverleibt wird, so muß derselbe unbedingt in das Lumen des Coecum perforieren. Halten die einstülpenden Nähte, verwachsen die serösen Flächen rasch miteinander, so wird der Durchbruch des Stumpfes ins Coecum schwerlich Nachteil bringen, obwohl ein Ulcus entsteht.

Sind aber Serosa und Muskularis des Coecum etwas infiltriert, so schneiden die Nähte durch, dann kommt der Stumpf wieder an der Außenseite des Darmes zum Vorschein, und nun ragt ein mit Schleimhaut versehenes, abgebundenes Organ frei in die Bauchhöhle hinein. Die Tamponade schützt natürlich den Kranken vor den Folgen dieser Fatalität, aber wie viele Kotfisteln mögen schon durch diese Art der Stumpfversorgung entstanden sein, gleichgültig, ob man eine Manschette übernähte oder den Stumpf in die Wand des Coecum versenkte. Die hart an letzterem gelegene Ligatur wird durchschneiden, es restiert ein Substanzverlust im Coecum, der sich spontan schließen kann, sich aber nicht zu schließen braucht.

Ich glaube übrigens gar nicht, daß die Majorität der Chirurgen den Stumpf der Appendix in der erwähnten Weise versorgt; sehr viele werden dasselbe Verfahren angewandt haben, das ich 1899 in der Berliner klin. Wochenschrift p. 749 genau beschrieben habe; es liegt so nahe, die Appendix nach vorgängiger Unterbindung zu vernähen, dann die Ligatur zu lösen und sie nun in das Lumen des Coecum einzustülpen, daß sehr viele Operateure wohl auf den gleichen Gedanken gekommen sind.

Beide Autoren nun, die sich neuerdings mit der Stumpfversorgung beschäftigt haben, Hermann und Zeller, schlagen Abtragung der Appendix ohne vorherige Unterbindung derselben vor; sie fürchten das Einfließen von flüssigem Kot in die Bauchhöhle nicht, glauben dasselbe wenigstens sicher verhindern zu können dadurch, daß sie vor der Abtragung der Appendix beiderseits eine Fadenschlinge durch die Wand des Coecum legen. Ich teile im allgemeinen die Ansicht der genannten Autoren, werde aber doch beim alten Verfahren bleiben, weil es mich sicher schützt vor plötzlichen Zufällen; ein Hustenstoß kann den Kot im Strahle aus der kleinen Wunde im Coecum herausbefördern, desgleichen unvermutetes Erbrechen des Kranken. Wenn ich eine absolut sichere Methode habe, so werde ich sie nicht gegen eine unsichere vertauschen; jeder Arzt wird einwerfen, daß im Momente der Abtragung der Appendix oder gleich nach derselben doch eine Störung passieren kann. Die Debatte über die segensreiche und doch so viel angegriffene Operation beginnt von neuem, während wir uns eben erst von den vielen Einwürfen erholt haben, der Ruhe auf diesem Gebiete bedürfen.

Wie die Ruhe der jüngsten Zeit auf die ärztliche Welt gewirkt hat, das beweist am besten der Umstand, daß, um eine runde Zahl zu nennen, von den letzten 100 Kranken, die seit Ende April cr. in der hiesigen Klinik operiert wurden, nur noch 2 unheilbar waren infolge allgemeiner Perforationsperitonitis; 98 genasen oder sind in Genesung begriffen. Sämtliche Kranke mit eitriger (70) oder akut seröser Appendicitis (10) wurden **gleich nach Sicht** operiert; 60mal konnte der entzündete oder vereiterte resp. gangränöse Fortsatz sofort entfernt, 20mal mußte zweizeitig operiert werden, weil die Abszesse schon zu groß geworden waren.

Wir sind also auf dem besten Wege, das uns vorschwebende Ideal: »Heilung aller an Appendicitis Erkrankten ausg. 1—2%« zu erreichen, wenn nicht abermals Hindernisse auftauchen. In all diesen und in ca. 400 früher operierten Fällen ist der Stumpf der Appendix immer in gleicher Weise versorgt worden, das Verfahren ist also geprüft und hat sich bewährt. Weil es nicht, wie es scheint, allgemein benutzt wird, will ich nochmals kurz darüber referieren: Ablösung des Mesenteriolum von der Appendix bis zum Coecum hin; letzteres muß rings um den Appendixursprung völlig frei von Fettgewebe sein, weil nur seröse Membranen gut miteinander verheilen; jedes Fett stört. Sodann schnüre ich einen Catgutfaden um die Abgangsstelle der Appendix; Seide schneidet zu sehr, Catgut legt sich lockerer um den Fortsatz, läßt sich später leichter entfernen. 1 cm distalwärts vom Catgutfaden wird die Appendix mit Seide umschnürt; in der Mitte zwischen beiden Ligaturen erfolgt Durchschneidung auf untergelegtem Gazebäuschchen. Sodann wird die Schleimhaut des Stumpfes mittels Hohlschere entfernt, und nun werden Serosa und Muskularis des ca. $^1/_2$ cm langen Stumpfes vor der Ligatur mit 3 Seidenknopfnähten vereinigt. Jetzt wird die Catgutligatur durchschnitten; der Stumpf blutet etwas, aber Kot kann absolut nicht austreten. Hart am Rande der drei ersten Seidennähte, letztere einstülpend, kommen jetzt 5 neue Seidennähte zu liegen; sie dringen durch Serosa und Muskularis des Coecum, meist in der Längsrichtung des letzteren, vereinigen gut $^1/_2$ cm breite Serosaflächen miteinander.

Um nun nach der Bauchhöhle zu gar keine Corpora aliena liegen zu lassen, setze ich auf die beiden Reihen von kurz abgeschnittenen Seidenfäden eine dritte Reihe von 6—7 Catgutnähten. Die Nahtlinie wird also immer länger, die Einstülpung des Appendixstumpfes immer tiefer. Derselbe soll in der Tat mit Schleimhaut bedeckt, aber im Zentrum durch Seidennaht geschlossen, ins Lumen des Coecum frei hineinragen, nachdem er durch das beschriebene Nahtverfahren vollständig umgekrempelt ist; die Seidennähte stoßen sich später ab, fallen in das Coecum hinein.

Bei aseptischen Fällen ist natürlich keine Tamponade nötig; der Zickzackschnitt nach Roux wird vollständig in 3 Etagen vernäht. Ist Eiter in der nicht perforierten Appendix, so tamponiere ich auch nicht, wenn die Wand des Wurmfortsatzes derb ist, freie serös-eitrige Flüssigkeit im Bauche fehlt. Sind beide Bedingungen

nicht erfüllt, so lege ich einen Tampon ein, doch besteht derselbe nur aus einer einfachen Gazeschicht von 10 cm Länge und 3 cm Breite; die Hälfte desselben ragt zur Wunde heraus nach Vernähung des Schlitzes im Obliq. int. und transv. mit Catgut. Der Schlitz im Obliq. ext. wird nicht vernäht, ebensowenig die Hautwunde. In der Längsrichtung derselben werden zwei Längswülste aus Gaze zu beiden Seiten des in die Tiefe führenden Tampon eingenäht, dabei aber die Obliquussehne nicht berührt, weil diese Nähte nicht verträgt, zumal sie von ihrer Unterlage abgelöst war. Wenn schon etwas größere Abszesse entstanden sind und trotzdem noch die sofortige Entfernung der Appendix gelingt, so ist die Wand des Coecum oft so morsch, daß jede Naht durchschneidet; in solchen Fällen binde ich die Appendix einfach mit Catgut ab, führe dann aber selbstverständlich ein mit Gaze dünn umwickeltes Rohr in die Abszeßhöhle resp. bis auf den Stumpf der Appendix; das Rohr wird in der Bauchdeckenwunde fixiert, wie oben beschrieben. Wüßte ich immer ante op., daß der Abszeß relativ groß, daß event. viel serös-eitrige Flüssigkeit ist, so würde ich die Obliquusfascie nicht ablösen, sondern lieber Obliq. int. und transv. in gleicher Richtung mit dem Schnitte durch den Obliq. ext. trennen (also schräg auf den Verlauf ihrer Fasern); die Ablösung der Obliquusfascie ist bei schwer eitrigen putriden Prozessen kontraindiziert, weil diese Fascie zu leicht in der Breite von 1—2 cm abstirbt; damit geht aber der hauptsächlichste Träger der unteren Bauchwand verloren. Dieses Absterben des nach oben verschobenen Teiles der Fascie — der nach unten, d. h. nach dem Lig. Poup. hin abgehobene Teil leidet niemals — ist der einzige wunde Punkt des Zickzackschnittes; man soll ihn also nicht machen bei hochfiebernden Kranken mit größeren Abszessen; bei ganz großen Eiterherden verbietet er sich von selbst.

Jena, den 13. November 1903.

---

1) **McArthur.** Blood examination in their relation to surgical procedures.

(Annals of surg. 1903. September.)

Die Blutuntersuchung bei chirurgischen Krankheiten soll sich gegebenenfalls beziehen 1) auf den Hämoglobingehalt, 2) die Abnahme 3) auf die Zunahme der Leukocyten. Nach manchen Autoren soll ein chirurgischer Eingriff kontraindiziert sein, sobald der Hämoglobingehalt unter 30% gesunken ist. Nach des Verf.s Ansicht kann diese Behauptung nur Geltung haben bei chronischen Leiden (Magenkrebs, Geschwülsten des Uterus usw.), nicht aber in akuten Fällen z. B. bei der Extra-uterin-Gravidität.

Abnahme der weißen Blutkörperchen findet sich bei Malaria Tuberkulosis, Typhus und kann z. B. bei der Differentialdiagnose zwischen Typhus und Abszeß unter Umständen verwandt werden

da beim Abszeß die Zahl der weißen Blutkörperchen meistens vermehrt ist. Die Vermehrung der weißen Blutkörperchen ist jedoch niemals allein, sondern nur in Verbindung mit den klinischen Erscheinungen für die Diagnose auf innere Eiterung zu verwerten. Ein plötzliches Sinken der Leukocytenzahl, wenn vorher eine Zunahme vorhanden war, zeigt eine Wendung zur Verschlimmerung an.

Verf. hält es für einen ebenso großen Fehler, in geeigneten chirurgischen Fällen eine Blutuntersuchung zu unterlassen, als wenn man bei vorhandenen Ödemen eine Untersuchung des Urins nicht vornehmen würde. **Herhold** (Altona).

---

2) **F. Engelmann.** Die Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit von Körperflüssigkeiten. (Aus der I. chirurgischen Abteilung des Eppendorfer Krankenhauses.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 41.)

E. vermochte, wie es zum Teil früher schon durch Bickel (Göttingen) geschehen (Ref.), nachzuweisen, daß die elektrische Leitfähigkeit des Blutserums und Urins gesunder und kranker Menschen außerordentlich konstant ist (im Mittel = 0,0103), und daß Konzentration und Leitfähigkeit der durch den Harnleiterkatheterismus getrennt aufgefangenen Urine sich vollkommen gleichmäßig verhalten und in paralleler Weise verändern. Ist beispielsweise die eine Niere krank, so bekommt man entsprechend der niedrigen Zahl für den Gefrierpunkt auch einen geringen Wert für die Leitfähigkeit. Somit läßt sich durch die Bestimmung der letzteren eine gute Kontrolle für die Richtigkeit der Gefrierpunktsbestimmungen ausüben.

Kramer (Glogau).

---

3) **Hofbauer.** Typische Atemstörungen bei Morbus Basedowii; ein Beitrag zur Lehre vom Kropfasthma und Kropftod.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XI. Hft 4.)

Bei Basedowkranken sind bisher Atemstörungen entweder gar nicht mitgeteilt oder nur als sekundäre Erscheinungen, Folgen von Herzveränderung, Druck des Kropfes, Bronchitis, ganz nebenbei erwähnt. H. untersucht alle ihm zur Verfügung stehenden Basedowkranke speziell auf die Atmungsverhältnisse mittels der graphischen Methode der Zeichnung ihrer Atembewegungen. Er fand, daß neben den zweifellos vorkommenden sekundären Atemstörungen auch primär die fast allgemein als Ursache der Basedowkrankheit angesehene Funktionsstörung der Schilddrüse Atemstörungen hervorrufen kann. Diese treten auf: 1) als andauernde Störung, charakterisiert durch Abflachung der Atemkurve, gleichzeitige Verlängerung der In- und Exspiration, Unregelmäßigkeit der Größe und Form der einzelnen Elevationen mit streckenweisen, fast oder völlig ausgeprägten Atempausen, 2) als anfallsweise sich geltend machende Störung mit Vertiefung der Atmung, rascher In- und Exspiration, Atempausen.



Zum Schluß stellt H. noch zur Erwägung, ob angesichts dieser Tatsachen mancher Fall von unerklärtem Kropftod nicht auch darauf zu beziehen sei, daß Schilddrüsensubstanz Atemstörung, ja sogar Atemstillstand mache, wie Experimente von **Fenyvessy** zeigen.

Haeckel (Stettin).

4) **Sakata.** Über die Lymphgefäße des Ösophagus und über seine regionären Lymphdrüsen mit Berücksichtigung der Verbreitung des Karzinoms.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XI. Hft. 5.)

S. hat an 15 Leichen von Neugeborenen mittels Injektionen nach **Gerota** die bisher sehr wenig studierten Lymphbahnen der Speiseröhre untersucht. Er fand, daß die Lymphgefäße teils aus der tieferen Schicht der Schleimhaut, teils aus der Muskelhaut entspringen; die beiden so gebildeten Netze kommunizieren nie direkt miteinander, so daß man von einem Netz aus nicht das andere injizieren kann. Die abführenden Gefäße der Schleimhaut durchbrechen entweder sofort die Muskularis und gelangen zu den benachbarten Drüsen oder sie verlaufen eine mehr oder weniger lange Strecke in der Submukosa, um erst dann die Muskelhaut zu durchbrechen. Ebenso verlaufen die aus der Muskularis entspringenden Gefäße oft noch eine Strecke an der Wand der Speiseröhre entlang, ehe sie in die Drüsen münden.

Die Drüsen, welche die Lymphgefäße der Speiseröhre aufnehmen, sind: 1) Gl. cervicales prof. sup.; 2) infer.; 3) Gl. bronchiales; 4) Gl. mediastinales post.; 5) Gl. cardiacae. Entsprechend dem geschilderten Verlauf der Lymphgefäße erhalten die in verschiedener Höhe liegenden Drüsen nicht nur die Lymphe aus dem gleich hohen Teile der Speiseröhre, sondern auch aus anderen Teilen; besonders steigen die Gefäße aus dem Brustteil der Speiseröhre auch nach den Gl. cervicales profundae auf.

Entsprechend dem Längsverlauf der Lymphgefäße in der Submukosa scheint das Karzinom im Anfang sich auch besonders in der Längsrichtung zu verbreiten und erst später ringförmig zu werden. Die beim Karzinom nicht selten beobachteten Rekurrenslähmungen erklären sich zum Teil durch direktes Fortwachsen des Karzinoms auf den der Speiseröhre anliegenden Nerven, zum Teil durch direkt karzinomatös geschwollene Lymphdrüsen, was besonders dadurch erklärlich ist, daß die Gl. cervicales prof. sup. den Nerven allseitig umgeben.

Haeckel (Stettin).

5) **A. Exner.** Über die durch intraperitoneale Adrenalininjektion veränderte Resorptionsfähigkeit des tierischen Peritoneums.

(Zeitschrift für Heilkunde 1903. Hft. 12.)

E. wies durch eine Reihe Tierversuche nach, daß die Resorption von der Bauchhöhle aus durch intraperitoneale Injektionen von

Adrenalin verzögert wird. Zu seinen Versuchen benutzte er Strychninum nitricum, Cyankali und Physostigminum salicylicum, und zwar injizierte er intraperitoneal erst eine Adrenalindosis und dann nach einiger Zeit das Gift. In der Regel traten die ersten Vergiftungssymptome bei den Adrenalintieren später auf. Der Tod erfolgte bei den Kontrolltieren zu einer Zeit, wo sich bei den Adrenalintieren die ersten Intoxikationserscheinungen bemerkbar machten. In die Bauchhöhle eingespritztes indigoschwefelsaures Natron war bei den Adrenalintieren später im Harne nachzuweisen als bei den Kontrolltieren. Für Jodkali waren dagegen in dieser Beziehung gegenüber den normalen Tieren keine großen Unterschiede festzustellen. Durch eine Reihe anderer Versuche zeigte E., daß nach Injektion einer Emulsion von Paraffinum liquidum und Gummi arabicum in die Bauchhöhle bei den mit Adrenalin behandelten Tieren bedeutend weniger Paraffin in die Blutbahn aufgenommen wird wie bei den normalen Tieren. Er schließt daraus, daß die Resorption durch die Lymphbahnen des Peritoneums durch intraperitoneale Adrenalininjektion verlangsamt wird. Ferner konnte E. feststellen, daß bei den mit Adrenalin behandelten Tieren in die Bauchhöhle injizierte Bakterien (Proteus vulgaris) in geringerer Anzahl in das Blut aufgenommen werden als bei den normalen. Nach seiner Ansicht könnte diese Tatsache vielleicht dadurch praktischen Wert erlangen, daß man vor der Operation einer Peritonitis eine intraperitoneale Adrenalininjektion macht, um die Resorption während der Manipulationen des Eingriffes einzuschränken. **Läwen** (Leipsig).

---

6) **O. Kraus.** Radiographische Verdauungsstudien.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 6.)

Anschließend an die Versuche von Cannon, Boston, Proux und Psalthazard hat K. den Gang der Speisen im Verdauungskanal im Röntgenbilde darzustellen gesucht. Seine Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen, gewissermaßen als ersten Teil seiner Arbeiten bietet er dem Leser die Verdauungsstudien an Fröschen dar. Die Tiere erhielten eine mit Wismut vermischte Nahrung, die Verdauung dauerte 12 Tage bis 4 Wochen. Von dem ersten Frosch wurden 43 Aufnahmen (zum Teil Momentaufnahmen) gemacht, die ausgezeichnet gelangen. Zum Referat eignet sich die Arbeit nicht, doch sei auf dieselbe, speziell auf das Studium ihrer Röntgenbilder, hiermit aufmerksam gemacht. **H. Wagner** (Breslau).

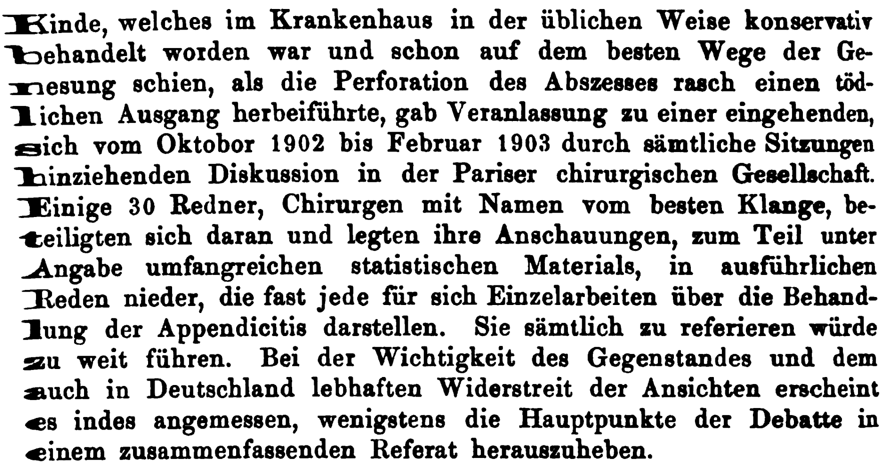
---

7) **Legueu.** Perforation spontanée d'un abcès appendiculaire. Discussion sur l'appendicite.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXVIII. p. 965—1269; T. XXIX. p. 19—224.)

Eine kurze Mitteilung L.'s über einen Fall von Spontanperforation eines perityphlitischen Abszesses in die Bauchhöhle bei einem





Kinde, welches im Krankenhaus in der üblichen Weise konservativ behandelt worden war und schon auf dem besten Wege der Genesung schien, als die Perforation des Abszesses rasch einen tödlichen Ausgang herbeiführte, gab Veranlassung zu einer eingehenden, sich vom Oktobor 1902 bis Februar 1903 durch sämtliche Sitzungen hinziehenden Diskussion in der Pariser chirurgischen Gesellschaft. Einige 30 Redner, Chirurgen mit Namen vom besten Klange, beteiligten sich daran und legten ihre Anschauungen, zum Teil unter Angabe umfangreichen statistischen Materials, in ausführlichen Reden nieder, die fast jede für sich Einzelarbeiten über die Behandlung der Appendicitis darstellen. Sie sämtlich zu referieren würde zu weit führen. Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes und dem auch in Deutschland lebhaften Widerstreit der Ansichten erscheint es indes angemessen, wenigstens die Hauptpunkte der Debatte in einem zusammenfassenden Referat herauszuheben.

Zwei Extreme stehen sich bekanntermaßen gegenüber: die Radikalen, welche jeden Fall akuter Appendicitis und so früh als möglich operativ angreifen wollen, und die Nichtinterventionisten, welche eine Operation während des akuten Anfalls verwerfen, die entzündlichen Vorgänge durch Opium, Bettruhe, absolute Diät und Eisapplikation bekämpfen und erst im freien Intervall die Entfernung des Wurmfortsatzes anraten. Die Diskussion zeigte, daß nur sehr wenige den extremen Anschauungen huldigen, die überwiegende Mehrheit den Standpunkt vertritt, die ganz leichten Fälle von Appendicitis stets exspektativ, die ganz schweren Fälle fast ebenso allgemein möglichst sofort operativ zu behandeln, daß der Streit sich demnach fast nur um die sog. mittelschweren Fälle dreht. Bei der Behandlung dieser raten freilich die einen mehr zu einem frühen radikalen, die anderen zu einem möglichst abwartenden Verhalten, doch verlangt die Mehrzahl ein individualisierendes Vorgehen und ist es bei sehr vielen schwer, ja unmöglich zu sagen, ob man sie mehr der Partei der Radikalen oder der Nichtinterventionisten zuzählen soll.

Die Gründe, welche für und gegen eine operative Behandlung der akuten Appendicitis in der Diskussion geltend gemacht wurden, stellte L. in seinem Schlußworte ungefähr folgendermaßen zusammen:

Für ein frühes operatives Vorgehen sprechen 1) der prinzipielle Grundsatz, jeden örtlich beschränkten Infektionsherd so früh wie möglich zu beseitigen, ehe er zu einer Allgemeininfektion geführt hat; 2) die Erfahrung, daß die Appendicitis eine schwere Erkrankung ist, daß wir bisher außer Stande sind, sicher zu prognostizieren, welche Fälle schwer, welche leicht verlaufen werden, daß das Zuwarten mit dem Messer in der Hand, bereit einzugreifen, sowie irgendein Zeichen eine Wendung zum schlimmern andeutet, seine großen Gefahren hat, und während die Schwere des operativen Eingriffes um so geringer sei, je früher man einschreite; 3) das den

Chirurgen wie den Pat. peinigende Gefühl, die Operation zu verweigern, so lange Pat. schwer krank ist und sich krank fühlt, um sie ihm später in Vorschlag zu bringen, wenn er endlich geheilt zu sein glaubt. Dieser Gefühlsgrund wiegt um so schwerer, als die Erfahrung zeigt, daß viele Kranke sich zur Operation im freien Intervall nicht mehr entschließen und somit die Verantwortung für die Gefahren eines Rezidivs dem Chirurgen zufällt, der die Operation im Anfalle verweigert hat.

Solche und ähnliche Fälle, wie der Eingangs erwähnte L.'s, in welchem bei abwartendem Verhalten nach anfänglich günstigem Verlauf und Rückgang aller bedrohlichen Erscheinungen plötzlich und unerwartet die Perforation eines Abszesses eine allgemeine Peritonitis und den Tod herbeiführte, Fälle, in denen man jetzt nicht mehr Zeit zu operieren hatte oder zu spät operierte, während eine Frühoperation aller Wahrscheinlichkeit nach den Pat. gerettet hätte, wurden in großer Zahl berichtet, so von Gérard-Marchand, Routier, Nélaton, Tuffier, Potherat, Michaux u. A. Témoin (Bourges) betonte, daß, wenn schon in der Stadt bei plötzlicher Verschlimmerung einer exspektativ behandelten Appendicitis der operative Eingriff oft zu spät kommt, dies noch viel mehr auf dem Lande zu fürchten ist. Dies ist für ihn, da er große auswärtige Praxis betreibt, ein Grund mehr, in jedem Falle akuter Appendicitis sofort zur Operation zu raten. Quénu macht insbesondere darauf aufmerksam, daß nicht nur das Fehlen von Temperatursteigerung, sondern selbst ein langsamer Puls die Gefahr plötzlicher Verschlimmerung keineswegs ausschließt; bei einer Temperatur von 37,3° und einem Puls von 72 Schlägen in der Minute hat er bei der Operation die Bauchhöhle voll Eiter gefunden; der Kranke starb (Ref. sah auch ähnliche Fälle). Das von manchen Chirurgen als Indikation zur Operation angesehene Zeichen der Zunahme der Pulsfrequenz bei niedrig bleibender Temperatur sei deshalb von geringem Werte, weil es meist erst auftritt, wenn es schon zu spät ist, wenn es nicht mehr gelingt, durch operative Entleerung des Eiters die Allgemeininfektion zu verhüten oder zu bekämpfen.

Übereinstimmend bestätigen die Anhänger der Frühoperation ihre Gefahrlosigkeit und technisch leichtere Ausführbarkeit innerhalb der ersten 36—48 Stunden nach Beginn des Anfalls. Sämtliche Kranke, welche Dieulafoy, Tuffier, Témoin, L. in den ersten 36 Stunden operierten bezw. operieren ließen, wurden geheilt. Auch Brinkmann (Philadelphia) verlor von 30 vor Ablauf von 48 Stunden im Anfall Operierten keinen, von 30 nach Beginn des 3. Tages Operierten 4.

L. zählte unter 23 von ihm innerhalb der ersten 2—3 Tage operierten Fällen akuter Appendicitis nur 1 Todesfall (es handelte sich um eine gangränöse, hypertoxische Form), unter 42 Fällen umschriebener Abszesse oder abgesackter Peritonitis, welche er zwischen dem 3. und 7. Tage operierte, 5 Todesfälle, unter 21 Fällen

allgemeiner Peritonitis, operiert zwischen dem 5. und 13. Tage, 19 Todesfälle und nur 2 Heilungen.

Die Anhänger einer mehr zuwartenden Behandlung leugnen zwar nicht die Gefahr einer plötzlichen Umwandlung des bisher örtlich beschränkten Leidens in eine allgemeine Peritonitis durch Perforation eines Abszesses in die freie Bauchhöhle, bestreiten aber, daß diese so groß sei, wie dies von den Radikalen hingestellt wird. Sie bestreiten die Beweiskraft der meisten von den Gegnern angeführten Fälle, weil nur selten bekannt war, ob wirklich die eingeleitete Behandlung so streng durchgeführt worden war, wie sie es verlangen, und ob tatsächlich dem Eintritt der Katastrophe keine Zeichen vorausgingen, die warnend zur Vorsicht bezw. zur noch rechtzeitigen Operation mahnten. Sie verlangen auch bei den anscheinend leichtesten Fällen absolute Bettruhe bei Rückenlage des Pat., Beschränkung der Nahrung auf wenig flüssige Diät event. vorübergehend völlige Enthaltung jeder Zufuhr durch den Mund unter Befriedigung des Flüssigkeitsbedürfnisses durch reichliche subkutane Seruminjektionen und Eisapplikation auf den Leib. Allerdings müsse der Leib mit mehreren großen, alle 2—3 Stunden frisch zu füllenden Eisblasen vollständig bedeckt gehalten werden. Bezüglich des Nutzens der Opiumbehandlung weichen die Ansichten auseinander; dagegen stimmen alle überein in der Verwerfung jeder Art von Abführmitteln. Gleichzeitig verlangen die Opportunisten die dauernde Überwachung des Kranken durch den Chirurgen selbst. Werden diese Maßnahmen von Anfang an streng durchgeführt, so pflegt die überwiegende Mehrzahl der Erkrankungen in Resolution auszugehen, und die folgende Radikaloperation im freien Intervall kann, wie alle Statistiken übereinstimmend beweisen, mit der geringsten, ja fast ohne Gefahr ausgeführt werden, vermeidet die der Operation im Anfall so oft folgenden Fistelbildungen, verhütet das Entstehen von Bauchbrüchen.

Die Opportunisten weisen ferner auf die im ersten Beginn der Erkrankung oft bestehende Unsicherheit der Diagnose hin, betonen, wie selten der Chirurg überhaupt in die Lage kommt, den Pat. schon innerhalb der ersten 36 Stunden operieren zu können, bestreiten unter Anführung gegenteiliger Beobachtungen, daß die Operation, so früh vorgenommen, wirklich immer von Heilung gefolgt werde, heben vor allem die Gefahren des Eingriffes während des floriden Stadium hervor. Es sei nicht richtig, alle Todesfälle nach der Operation lediglich auf schon vorhandene Allgemeininfektion, also auf Rechnung der Krankheit zu setzen; nicht wenige Fälle enden tödlich nicht trotz, sondern infolge der Operation, in Fällen, die bei Weiterdurchführung der konservativen Behandlung hätten gerettet werden können. Wohl mit Recht fragt Pierre Delbet, ob nicht gewisse Kranke, die trotz schon bestehender Allgemeininfektion noch kräftig genug wären, den Appendicitisanfall zu überwinden, nicht

schon zu schwach wären, um gleichzeitig den schädigenden Einflüssen der Appendicitis und der Operation zu widerstehen.

Als ausschlaggebenden Grund für ein vorsichtig abwägendes Zuwarten führen die Opportunisten aber vor allem die Ergebnisse der Statistik ins Feld. Nähme man alle Fälle zusammen, so seien die Resultate der exspektativen Behandlung günstiger wie die der radikalen. Ganz besonders günstig lauten die Erfahrungen Jalaguier's:

Schon 1900 veröffentlichte dieser eine Statistik über 136 von ihm behandelte Fälle akuter Appendicitis. Von diesen 136 Fällen gingen 121 in Resolution aus; 2mal erfolgte die Heilung durch spontane Entleerung eines Abzesses in Mastdarm oder Harnblase; 10 Pat. mußten im Anfalle operiert werden und genasen; 3 starben ohne Operation. Diesen 136 Fällen fügt Jalaguier jetzt weitere 105 Fälle hinzu. Von diesen endeten in Resolution 100; 1 wurde im Anfalle operiert und geheilt. 2 im Anfalle unter bereits sehr elenden Verhältnissen Operierte erlagen; 2 starben unoperiert, weil die Operation zu keiner Zeit Aussicht auf Erfolg zu bieten schien. Unter zusammen 234 Fällen zählte Jalaguier demnach nur 7 Todesfälle, gleich ca. 3%.

Mag diese überaus geringe Sterblichkeit auch bis zu einem gewissen Grade durch Eigenart des Krankenmaterials günstig beeinflußt worden sein, indem die andere Statistiken so schwer belastenden verzweifelten Fälle zufällig anderen Krankenhäusern zugeführt wurden, so gibt sie gleichwohl zu denken und sollte von denen, die jeden Fall von Appendicitis sofort operativ behandeln wollen, nicht außer acht gelassen werden.

Die Zahl der wirklich Radikalen ist unter den Pariser Chirurgen gering geworden. Von bekannteren sind zu ihnen zu zählen Poirier, Segond, Chaput, L. Championnière, vielleicht auch noch Routier. Tuffier rät sogleich zu operieren, sowie man den Kranken in den ersten 36 Stunden nach Beginn des Anfalles in Behandlung bekommt, aber abzuwarten, wenn man erst während des Verlaufes der Krankheit gerufen wird und die Erscheinungen spontan zurückgehen sieht. Findet er bei Konsultation nach dem 2. Tage keine Geschwulst in der Fossa iliaca, so operiert Tuffier sofort, da er das Fehlen lokaler Reaktion als besonders schwer ansieht; findet er indes die bekannte derbe, mehr oder minder ausgedehnte Geschwulst, so wartet er, falls ihn nicht der weitere Verlauf sicher einen Abszeß diagnostizieren läßt.

Die Mehrzahl der Pariser Chirurgen gehört in das Lager der Opportunisten, versucht zunächst die zuwartende Behandlung, operiert, sowie der Verlauf eine Wendung zum schlimmern zu nehmen droht; bestimmend wirkt für sie wesentlich das Verhalten des Pulses, die Intensität und Ausbreitung der Schmerzen, ängstlicher Gesichtsausdruck, Zeichen beginnender Allgemeininfektion, Ikterus usw. Zu den Opportunisten gehören z. B. Moty, Reynier, Kirmisson,

Quénu, Ricard, Walther, Richelot, Michaux, Schwartz
Delbet, Broca u. v. a.

Wer die Ansichten der einzelnen Pariser Chirurgen und ins
besondere die Ergebnisse ihrer Einzelbeobachtungen näher kenne
lernen will, muß auf das Studium des Originals verwiesen werden

Reichel (Chemnitz).

---

8) **Gibbons.** Dangers attendant on attempts at guining th
interval in operations for appendicitis.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. August 29.)

G. wendet sich in scharfer Weise gegen die abwartende Behand
lung (insbesondere gegen Ochsner (Chicago) des ersten Appendicitis
anfalls, um nachher in der anfallsfreien Zwischenzeit zu operieren
Jeder ausgesprochene »Anfall« ist an sich schon eine schwere E
krankung mit bedeutender anatomischer Veränderung des Wurm
fortsatzes; regelmäßig sind schon andere, fast immer falsch gedeutet
Beschwerden vorausgegangen, die in Wahrheit auf seiner Erkrankun
beruhen. Daher ist schon beim ersten »Anfall« der Wurmfortsa
so krank, daß er zur Norm nicht zurückkehren kann und seine
Träger nur Gefahren bringt. Es ist also jeder von einem Appe
dicitisanfall Betroffene sofort zu operieren, je eher, je besser. Ferne
vertritt G. die Ansicht, daß der Fortsatz nicht ein in Degeneratio
begriffener nutzloser Anhang sei, sondern sekretorische Funktione
habe. An einer Maschine würde an entsprechender Stelle (?) ei
Schmierbüchse sitzen; seine Aufgabe ist auch die gleiche: sein Sekr
soll die zu starker Eindickung neigende Kotmasse schlüpfrig erhalte
Nicht durch chronische Verstopfung wird Appendicitis erzeugt, so
dern erstere ist nur der frühzeitige Ausdruck einer schlechten Funk
tion bezw. Erkrankung des Wurmfortsatzes. — Diskussion: Nile
Saltlakecity, Miles-Fort Wayne schließen sich G., gestützt auf ih
Erfahrungen, an. Ochsner-Chicago legt ausführlich sein von
bemängeltes Behandlungsverfahren dar, welches nur den Zweck ha
in schlechtem Zustande befindliche Kranke durch Abwarten in eine
zur Operation besseren zu bringen. Mayo-Rochester, Murphy
Chicago schließen sich Ochsner an.

Trapp (Bückeburg).

---

9) **Martina.** Über primäre Darmresektionen bei gangränöse
Hernien.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXI. Hft. 3.)

An der Grazer chirurgischen Klinik wird seit über vier Jahr
bei brandigen Brüchen ausschließlich die primäre Darmresekti
vorgenommen, so daß Verf. imstande ist, einen Überblick über d
Leistungsfähigkeit dieser Methode zu geben. Als Kriterium für d
Lebensfähigkeit der eingeschnürten Darmschlinge gilt in erster Lin
ob es möglich ist, mit physiologischer Kochsalzlösung peristaltisc

Wellen zu erzeugen. Gelingt dies innerhalb einer Viertelstunde nicht, bleibt die Darmwand an den Inkarzerationsringen dünn, so wird in allen Fällen zur Resektion geschritten, selbst auf die Gefahr hin, daß man zu radikal vorgehen sollte. Bei periherniösen Phlegmonen wird stets die Laparotomie vorausgeschickt und auf diese Art die Resektion zuerst vorgenommen und eine Wiedervereinigung des Darmes herbeigeführt. Erst nach Schluß der Laparotomiewunde wird von gesondertem Schnitt aus das resezierte Darmstück entfernt und auf diese Weise eine Infektion der Bauchhöhle sicher vermieden. Unmittelbar nach dem Eingriff wird für ausgiebige Darmentleerung gesorgt.

Die gesamte Mortalität der vom Verf. berichteten Fälle beträgt nur 19,4%; gewiß ein gutes Resultat, das sehr für die primäre Darmresektion spricht und sich nach M.'s Anschauung nicht durch konsequente Anlegung des Kunstafters erzielen ließe. Peritonitis ist keine Kontraindikation gegen die Darmresektion. In erster Linie kommt für die Technik die Darmnaht in Betracht. Die Anwendung des Murphyknopfes bleibt ein Aushilfsmittel. Eine Kritik des Befundes bei den Todesfällen lehrt, daß man am zuführenden Schenkel sehr ergiebig resezieren soll, da andernfalls im unzuverlässigen Gewebe die Darmnähte leicht aufgehen. Berechtigt ist die Forderung, sich bei den brandigen Brüchen möglichst der Lokalanästhesie zu bedienen. Die zirkuläre axiale Vereinigung der Darmenden ist der seitlichen Anastomose vorzuziehen, und zwar wegen der Notwendigkeit rascher Darmentleerung und der damit verbundenen Gefahr der Verlagerung der Därme, welche die Funktion der seitlichen Anastomose eher gefährdet als die der axialen.

Trotz des extremen Standpunktes, alle Fälle von brandigen Brüchen mit der primären Darmresektion und darauffolgenden Naht zu behandeln, sind die besten Erfolge unter den bekannt gewordenen erzielt worden. Die Methode des Kunstafters ist entbehrlich und vielleicht nur noch in schwieriger Landpraxis anzuwenden.

Auch für die aussichtslosen Fälle empfiehlt Verf. die Resektion, da sie noch am ehesten durch radikales Vorgehen Aussicht auf Erhaltung des Lebens gibt. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

10) **Warren.** The operative treatment of umbilical hernia.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Oktober 8.)

Bei der Operation legt Verf. Wert darauf, das Bauchfell in der Umgebung des Bruchsackes von der Fascia transversalis zu trennen und für sich zu vernähen. Der Bruchring ist leichter zu schließen und geschlossen zu halten, wenn die Ränder nicht seitlich, sondern von oben nach unten aneinander gelegt werden. Bei hochgradiger Fettleibigkeit, besonders wenn die Bauchdecken schürzenartig oder wie ein Doppelkinn herabhängen, entfernt W. das ganze Fettgewebe von 5 cm unterhalb des Schwertfortsatzes bis zur Querfalte oberhalb

des Schamberges und seitlich bis in die Lendengegend. Die großen Hautlappen werden durch einige Catgutnähte an die Bauchfascie geheftet, um tote Räume zu vermeiden. Kasuistik von 14 Fällen.

Trapp (Bückeburg).

---

11) **Vautrin.** De la périgastrite adhésive.

(Revue de gyn. et de chir. abdom. 1903. Nr. 3.)

Verf. gibt eine abgerundete Schilderung des Krankheitsbildes der Perigastritis adhaesiva. Die häufigste Ursache bildet das Magengeschwür, sodann die »Linite plastique«, eine chronisch entzündliche, bindegewebige Verdickung der Magenwände unbekannter Natur (Mathieu), und schließlich das Karzinom; bei letzterem sind die entzündlichen Verwachsungen in der Umgebung des Karzinoms von der eigentlichen karzinomatösen Infiltration der Umgebung des Magens zu trennen. Schließlich kommen noch stumpf einwirkende Traumen der Magengegend und Operationen am Magen ätiologisch in Betracht. Sekundär können Entzündungen (und Erkrankungen überhaupt) der Nachbarorgane zu perigastritischen Verwachsungen führen. Durch die Tastung läßt sich oft die Ausdehnung der Erkrankung und die genaue Lage der Schmerzpunkte feststellen; andererseits kann sie Irrtümer veranlassen, z. B. bei Verwachsungen mit eingekapselten ascitischen Ansammlungen. Von den Symptomen der Erkrankung sind die Schmerzen, welche bei den peristaltischen Bewegungen des Magens zunehmen und, je nach Art der Verwachsungen, in die Nachbarschaft ausstrahlen, zu erwähnen, ferner das Erbrechen (Hämatemesis). Die Prognose ist immer ernst, ganz abgesehen von der häufigen Neurasthenie und Hypochondrie als Folge der Erkrankung. Für die günstigeren Fälle, d. h. solche ohne schwerere Symptome oder solche, bei denen nach Heilung des ätiologischen Moments auch die Verwachsungen wieder zurückgehen oder ganz schwinden, genügt interne Behandlung. Für alle anderen Fälle kommt nur die operative Behandlung in Betracht. Wenig ausgedehnte Verwachsungen mit geringfügiger Magenerkrankung sollten einfach gelöst werden. Bei festeren und ausgedehnteren Verwachsungen muß man versuchen, die nach der Lösung vom Bauchfell entblößten Flächen wieder zu bedecken und ein event. vorhandenes Magengeschwür zu resezieren. Findet sich ein von dicken Verwachsungen umgebener stark veränderter Abschnitt des Magens event. mit starker Verengerung des Pylorus, so wird oft die Gastroenterostomie der Lösung der Verwachsungen vorzuziehen sein. Die Heilung nach der Operation stellt sich erst allmählich mit der Wiederherstellung einer normalen Funktion des Magens ein.

Mohr (Bielefeld).

---

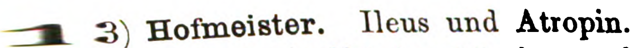
12) **Ekehorn.** Über die gewöhnlichsten durch Verknotung verursuchten Formen von Ileus, mit besonderer Rücksicht auf den Mechanismus der Knotenbildung.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXI. Hft. 2.)

Die Fälle von Knotenbildung zwischen mehreren Darmschlingen sind selten; am häufigsten unter denselben ist die Verknotung zwischen Flexura sigmoidea und unterem Teil des Dünndarmes. Die erste Bedingung zu ihrem Zustandekommen ist eine lange Flexur an einem schmalen, aber hohen Mesosigmoideum. Außerdem muß das Dünndarmgekröse so hoch sein, daß der untere Teil des Dünndarmes die Flexur kreuzen kann. Bei den meisten Fällen war der Dünndarm in seiner Gesamtheit länger als normal, und sehr oft kam es vor, daß der unterste Teil des Ileum retroperitoneal lag. Wenn nun diese letztgenannte Darmpartie infolge des Hinaufschlagens der Flexur in die Bauchhöhle über die Basis der Flexur zu hängen kommt, so ist die für die Entstehung eines Darmknotens zwischen den beiden Schlingen notwendige Kreuzung bereits vorhanden. Die durch die Kreuzung entstehende Pforte ist gleichfalls da, begrenzt von den beiden Schlingen mit ihren Mesenterien und der hinteren Bauchwand. Aus dieser Darmlage entsteht ein Knoten auf die allereinfachste Weise dadurch, daß die Flexur, wenn sie infolge ihrer Schwere ins Becken zurücksinkt, dabei hinter der sie kreuzenden Ileumschlinge durch die erwähnte Pforte durchfällt und unterhalb der Schlinge, rechts von ihrem eigenen Mastdarmschenkel hervorkommt. Dadurch, daß die Flexur auf diese Weise durch die Pforte hindurchfällt, kommt in den meisten Fällen eine Umdrehung bei ihr nach der einen oder anderen Seite um ihre Gekrösachse zustande. Der Knoten ist am Anfang nicht zugezogen; er ist locker, und die Schlingen wären leicht reponibel. Jetzt beginnen sich die abgesperrten Schlingen zu erweitern, und je mehr die Auftreibung zunimmt, um so mehr wird von den Darmschlingen durch den Knoten hindurchgezogen und um so fester zieht sich dieser zu.

Was den Verlauf bei der Darmverknotung anlangt, so stellen sich im ganzen die für einen Strangulationsileus gewöhnlichen charakteristischen Symptome ein, meist rascher als bei der einfachen Strangulation. Der Ausbruch der Krankheit, der immer außerordentlich plötzlich eintritt, kann während der Tagesbeschäftigung, aber auch während der Nachtruhe stattfinden. Die Therapie besteht natürlich in frühzeitiger Laparotomie und Lösung der Knoten. Bisher sind die operativen Erfolge noch wenig ermunternd gewesen. In einem Anhange kommt Verf. noch auf die Ansichten von Wilms über die Entstehungsweise von Darmknoten zu sprechen. Seine eigenen Anschauungen differieren, wie ersichtlich, mit denen des letztgenannten Autors. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).





3) **Hofmeister.** Ileus und Atropin.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1903. Nr. 39.)

H. teilt zunächst die Krankengeschichten von 8 Ileusfällen mit, welche im Anfange mit Atropin behandelt wurden. Der Erfolg des Mittels war immer gleich negativ, lediglich Scheinbesserungen wurden bei einigen Kranken erzielt. Nur 3 Pat. wurden gerettet, 2 durch Operation, 1 durch hohe Eingießungen, 6 Pat. wurden operiert. Auf Grund dieser Erfahrungen und einer kritischen Besprechung der Literatur stellt H. die Devise auf: Fort mit dem Atropin aus der Ileustherapie!

Gründe: Bei der Darmparalyse durch Peritonitis kann die Anregung der Peristaltik durch Atropin nur schädlich wirken; bei reiner postoperativer Darmatonie hat Verf. sich von einer besonderen Wirkung des Mittels nicht überzeugen können. Alle anderen Formen von reinem Ileus paralyticus sind Raritäten. Die Diagnose des rein dynamischen Ileus gegenüber dem mechanischen ist nun im Einzelfalle unmöglich. Der Grundsatz, nur den nicht peritonitischen dynamischen Ileus mit Atropin zu behandeln, der doch eine sichere Diagnose dieser Ileusformen voraussetzt, ist also praktisch gleichbedeutend mit der Streichung des Atropin aus der Reihe der Ileusheilmittel. Hinzu kommen die möglichen Gefahren der Atropinbehandlung; der Glaube an eine solche Methode wirkt lähmend auf die Diagnostik und verzögert die wirksame Behandlung, zumal da manchmal nach Atropin eine auffallende Milderung der subjektiven Beschwerden, eine Verschleierung des klinischen Bildes eintritt. Jeder Ileus muß von vornherein als ein chirurgischer Fall aufgefaßt werden; erst wenn die Operation jeden Augenblick möglich ist, dürfen medikamentöse oder andere unblutige Heilversuche einsetzen.

Mohr (Bielefeld).

---

4) **Maury** (New York). Notes on experimental surgery: a modification of the **Mc Graw** elastic ligature.

(Med. news 1903. September 12.)

Die an einer Reihe von Hunden erprobte Gastroenterostomie und Enteroanastomose mittels elastischer Ligatur unterscheidet sich von der Mc Graw'schen Methode dadurch, daß statt der schlitzförmigen Öffnung, welche sich leicht verengert, eine runde »ausgestanzt« wird. Die zu anastomosierenden Eingeweide werden nebeneinander gelagert, durch zwei Lembert-Knopfnähte fixiert und nun mittels eines Fadens aus bestem elastischen Material im Bereich eines Rechtecks von gewünschter Größe aneinander genäht. Die Nadel wird dabei in der Weise geführt, daß der elastische Faden die Seiten des Rechtecks in Achtertouren umgrenzt. Die beiden Fadenenden werden mit Catgut zusammengebunden. Nach allmählichem Durchschneiden der so angelegten Ligatur bleibt eine runde Öffnung mit glattem, nicht verdicktem Rande. Der Ligaturfaden

geht nach Resorption des Catguts als glatter, 5 cm langer Strang durch den After ab.

Trotzdem Verf. eine Anzahl sehr günstiger Resultate bei seinen Versuchstieren erzielt hat, hält er mit einem abschließenden Urteil über den Wert der Methode noch zurück und fordert zur Nachprüfung auf.

Kleinschmidt (Kassel).

15) **Ch. Lenormant.** Le prolapsus du rectum, causes et traitement opératoire.

(Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1903.

Eine ausführliche Monographie der Therapie des Mastdarmvorfalls, in welcher alle Methoden des In- und Auslandes von den frühesten Anfängen bis in die neueste Zeit beschrieben und, soweit sie heute noch gebräuchlich, kritisch gegeneinander abgewogen sind. 270 Krankengeschichten und ein ausgiebiges Literaturverzeichnis beschließen die umfangreiche Arbeit. Näher besprochen ist die Methode von Verneuil und ihre Modifikation von Gérard-Marchand. Letzterer legt bekanntlich durch einen linearen Schnitt vom Steißbein bis an den Sphinkter die hintere Wand des Mastdarms frei und verengert des letzteren Lichtung, indem er mehrere Längsfalten durch Catgutnähte anlegt, die indes grundsätzlich die Schleimhaut nicht verletzen sollen, und heftet schließlich den Mastdarm mit starken Nähten an die Ligamenta sacro-spinosa an.

Dem Verfahren hat man zum Vorwurf gemacht, daß es einmal nur den Vorfall der seitlichen und hinteren Wand beseitigt, nicht den der vorderen, und außerdem den Hauptgrund des Leidens, die Erschlaffung des Beckenbodens, therapeutisch unberücksichtigt läßt. Diese Einwände sucht L. dadurch zu beseitigen, daß er das Verfahren mit dem Vorgehen Delbet's bei Vorfall des Genitalapparates kombiniert. Er legt durch einen zweiten Schnitt die vordere Wand frei und die beiden Levatores ani, frischt ihren inneren Rand an und näht denselben zusammen.

Er hat dies Verfahren auch bei größeren Vorfällen mit Erfolg angewendet, während er für die schwersten Formen die Kolopexie empfiehlt.

Coste (Straßburg i. E.).

16) **Waldvogel.** Die fettige Degeneration.

(Zentralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten 1903. Nr. 18.)

Autolysierte Lebern zeigen nach einiger Zeit, wie W. fand, eine starke Zunahme des Lecithins und Jekorins, später bilden sich zahlreiche Tyrosinkristalle! Die dabei eintretenden anatomischen Veränderungen, wie fehlende Kernfärbung, Auftreten mit Essigsäure schwindender Körnchen und mit Osmiumsäure sich stark schwarzfärbender, stark lichtbrechender Tröpfchen, Bildung von Kristallen, Schwund der Struktur, sind die gleichen wie in Organen, die im Körper zugrunde gehen. Jekorin und Lecithin, Übergangsstoffe



zwischen Eiweiß und Fett, bilden mit Wasser leicht Tröpfchen und können wegen ihrer Wasserlöslichkeit resorbiert werden. Es bleibt noch der Nachweis zu erbringen, daß auch die im Körper fettig degenerierten Organe Lecithin- und Jekorinvermehrung zeigen; Verf. ist damit beschäftigt. Aber auch so dürfe man wohl endlich mit Recht von einer fettigen Degeneration sprechen und könne die physiologisch so schwer verständliche Lehre vom Transport des Fettes in die durch den Eiweißzerfall geschaffenen Lücken gegenüber der von W. gefundenen Tatsache, daß lokal diese den anatomischen Befund erklärenden Körper entstehen, zurückweisen.

Fertig (Göttingen).

---

17) G. Alexandre. L'omentopexie dans les cirrhoses hépatiques.

Thèse de Paris, G. Steinheil, 1903.

Verf. stellt 107 Fälle Talma'scher Operation bei Lebercirrhose aus der Literatur zusammen und fügt drei eigene Beobachtungen von Fällen hypertrophischer Lebercirrhose aus der Klinik von Terrier hinzu. Erfolg: ein Todesfall am 11. Tage nach der Operation, bei dem zweiten Pat. war am 19. Tage nach der Operation, bei dem dritten nach drei Monaten der Ascites nicht zurückgekehrt.

Zahlenmäßig sind von den 107 Fällen 54% Heilung, 32% Todesfälle, 14% in ihrem Erfolg unbekannt.

Vergleicht man die Resultate der hypertrophischen Cirrhose mit der atrophischen, so zeigt es sich, daß die Aussichten bei ersterer Form bedeutend günstiger sind. Denn es stehen 70% Heilung 15% Mortalität gegenüber, während bei den letzteren 41% Todesfälle sind, Resultate, welche die Richtigkeit der Indikationsstellung Talma's bezw. der Kontraindikation der Operation beweisen.

Coste (Straßburg i/E.).

---

18) Pacheco Mendes (Bahia). Sur un procédé pour aborder les abcès sous-diaphragmatiques du foie.

(Revue de chir. XXIII. ann. No. 6.)

Der abdominale Zugang zu hochsitzenden Leberabszessen ist schwierig und gefährdet den Peritonealraum durch große Infektionsmöglichkeit, der transpleurale, obwohl bequem, ist ebenfalls nicht unbedenklich. M. wendet eine neue Methode an, zur Leberkonvexität zu gelangen, und nennt sie parapleurale. Einschnitt und Resektion der 8. Rippe decken sich mit der perpleuralen. Ohne jedoch die Pleura zu öffnen, schiebt M. sie von der 9. und 10. Rippe, beziehentlich unter der Umschlagsfalte vom Zwerchfell ab und läßt so den Pleuraraum völlig unversehrt. Es ist genügend Platz vorhanden, um nun den Abszeß zu öffnen, auszukratzen und zu drainieren.

Christel (Metz).

---

19) **M. Auvray.** Actinomycose du foie.

(Revue de chir. XXIII. ann. Nr. 6.)

Literarische Studie. Meist wird die Leber sekundär von Aktinomykose befallen. Von 31[1] bekannt gegebenen Beobachtungen war dies bei wenigstens 24 der Fall. Die Infektion erfolgt meist durch direktes Übergreifen des Prozesses von erkrankten Nachbarorganen, dem Magen, Dickdarm, Wurmfortsatz, der Lunge, Niere — selten durch Metastasenbildung auf dem Lymph- und Blutwege, deren letzter von manchen als gänzlich ausgeschlossen betrachtet wird.

Die Beteiligung der Leber an der Allgemeinerkrankung steht oft ganz im Hintergrund; erst die Sektion deckt sie auf, so bei gastrointestinalen und pyämischen Formen; die Erscheinungen der primären Lebererkrankung bestehen — abgesehen von allgemeineren, vieldeutigen Symptomen — in diffuser Härte der Haut und Unterhaut über den ergriffenen Leberteilen. Bei beginnender Einschmelzung tritt Fieber auf, doch kann auch längere Zeit Fieberlosigkeit bestehen. Der Durchbruch des Abszesses nach außen bringt die Bildung zahlreicher Fisteln mit sich, die auf schlaffe, leicht blutende Granulationen führen. Entwickelt sich der Prozeß in der Konvexität, treten die Symptome der Pleuritis in den Vordergrund des ganzen Leidens, ist die Hautfärbung öfters subikterisch, oft besteht Ascites.

Eine Heilung von Leberaktinomykose ist noch nicht bekannt, erscheint jedoch bei frühester Diagnosenstellung nicht ausgeschlossen; die Behandlung würde in Darreichung von Jodkali bei gleichzeitiger Auskratzung — event. nach Laparotomie — bestehen müssen.

Christel (Metz).

---

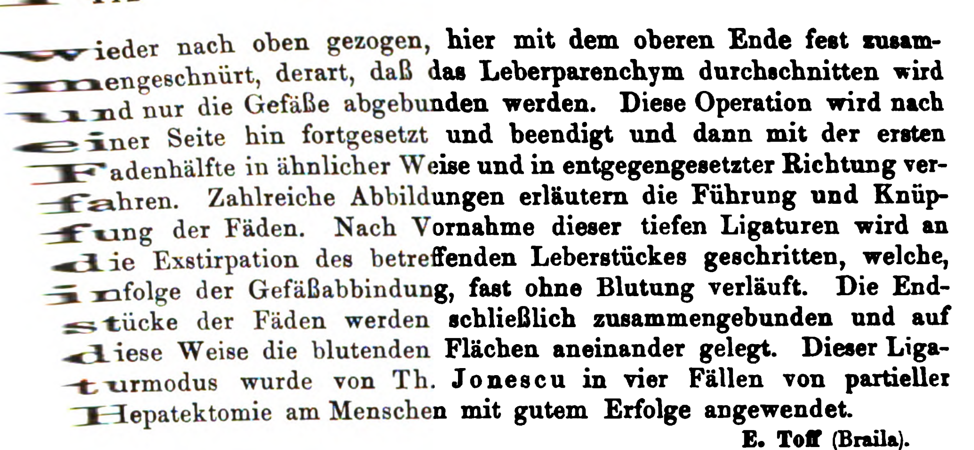
20) **Balacescu** (Bukarest). Eine neue Art intrahepatischer Ligatur.

(Revista de chir. 1903. Nr. 10.)

B. hat an Hunden verschiedene Ligaturmethoden der Leber bei Operationen angewendet und schließlich folgenden Vorgang angenommen. Schon vor der Exstirpation soll an das exakte Aneinanderlegen der blutenden Flächen gedacht werden und daher am zweckmäßigsten dieselbe in dreieckiger Form, mit der Basis gegen den freien Leberrand hin, vorgenommen werden. Um der Blutung bei der Operation vorzubeugen, führt man einen Doppelfaden von der Spitze des auszuschneidenden Dreiecks gegen die Basis; hier wird er geteilt, und während die eine Hälfte zurückbleibt, die Mitte des anderen Fadens gefaßt und derselbe, doppelt gelegt, etwas weiter

[1] Zu dieser Arbeit bringt Nr. 9 der Revue eine Bemerkung von Bérard und Thevenot, welche 18 weitere Litteraturangaben zitieren und somit über eine wesentlich höhere Zahl (53 Fälle) verfügen. Sechs dieser Fälle waren Auvray schon bekannt — somit ist die Zahl 31 eine irrtümliche. Durchaus berechtigt ist jedenfalls die Bemerkung Auvray's, daß Bérard, den er vorher brieflich um Literatur gebeten hatte, sehr wohl gleich in seiner privaten Antwort auf die noch zu berücksichtigenden Quellen hinweisen konnte.





wieder nach oben gezogen, hier mit dem oberen Ende fest zusammengeschnürt, derart, daß das Leberparenchym durchschnitten wird und nur die Gefäße abgebunden werden. Diese Operation wird nach einer Seite hin fortgesetzt und beendigt und dann mit der ersten Fadenhälfte in ähnlicher Weise und in entgegengesetzter Richtung verfahren. Zahlreiche Abbildungen erläutern die Führung und Knüpfung der Fäden. Nach Vornahme dieser tiefen Ligaturen wird an die Exstirpation des betreffenden Leberstückes geschritten, welche, infolge der Gefäßabbindung, fast ohne Blutung verläuft. Die Endstücke der Fäden werden schließlich zusammengebunden und auf diese Weise die blutenden Flächen aneinander gelegt. Dieser Ligaturmodus wurde von Th. Jonescu in vier Fällen von partieller Hepatektomie am Menschen mit gutem Erfolge angewendet.

E. Toff (Braila).

---

21) **Lewerenz. Über die subkutanen Rupturen der Gallenwege traumatischen Ursprungs, nebst einem kasuistischen Beitrag.**

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXI. Hft. 1.)

L. publiziert die Krankengeschichte eines $2^1/_2$jährigen Kindes, das durch Überfahrenwerden von einem Radfahrer eine Zerreißung des Choledochus erlitten hatte. Die Ansammlung der Galle gab zu wiederholten Punktionen Anlaß, bis 10 Wochen nach dem Unfall eine Anastomose zwischen Gallenblase und Zwölffingerdarm angelegt werden mußte, da der zerrissene Choledochus sich genauerer Untersuchung entzog. Nach mannigfachen Komplikationen kam es zu völliger Genesung.

Aus der Literatur konnte Verf. im ganzen 60 Fälle von unkomplizierten traumatischen Rupturen an den Gallenwegen sammeln. In der Hälfte der Fälle ist die Berstungen am meisten ausgesetzte Gallenblase betroffen gewesen, in 25% bestand eine Schädigung der extrahepatischen Gallengänge. Beteiligt sind meist jüngere Individuen. Krankhafte Veränderungen der Gallenwege, Konkremente, Gallenstauung begünstigen die Ruptur. Für die Schwere der Krankheitserscheinungen ist der Keimgehalt der Galle sehr wichtig. Bei infektiöser Galle ist eine tödliche Peritonitis wahrscheinlich, bei keimfreier dagegen entwickelt sich eine blande Bauchfellentzündung mit adhäsivem Charakter. Ansammlung der Galle im Bauchraum und Ikterus beherrschen das Krankheitsbild. Ist der Übertritt in den Darmgang ausgeschaltet, so tritt eine Entfärbung der Stühle ein. 50% der Verletzten starben. Die Rupturen der Gallenblase finden sich meist an deren freier Fläche, bei den großen Gallengängen handelt es sich gewöhnlich um quere vollständige Durchtrennungen. Die Diagnose ist meist nur möglich, wo zu einer Ansammlung von Flüssigkeit im Bauch noch Ikterus hinzutritt. Über den Ort der Zerreißung lassen sich meist nur Vermutungen aufstellen. Länger

andauernder reichlicher Gallenaustritt führt teils infolge von Resorption der Gallensäuren, teils wegen Ausfalls des wichtigen Verdauungssaftes zu Siechtum und Tod. Aus diesen Gründen, wie wegen der öfters infektiösen Beschaffenheit der Galle ist die Prognose der Rupturen der Gallenwege stets eine sehr ernste. Eine Spontanheilung, bei Zerreißungen kleiner Gallengänge möglich, kommt doch praktisch nicht in Betracht. Unter den therapeutischen Maßnahmen kommen vor allem die Punktion der Bauchhöhle und die Laparotomie in Frage. Die letztere scheint indessen der ersteren überlegen und soll noch vor größerem Kräfteverfall und vor Bildung stärkerer Verwachsungen, die sich unter dem Einfluß der Galle entwickeln, vorgenommen werden. Rupturen der Gallenblase erfordern die Naht des Risses, bei komplizierteren Fällen die Exstirpation der Blase. Verletzungen des Cysticus erheischen dessen Unterbindung mit totaler oder partieller Cystektomie. Am fatalsten ist ein Hepaticusriß. Man kann bei ihm zur Not eine Einpflanzung des oberen Stumpfes in den Dünndarm versuchen. Für Rupturen des Choledochus ist die Cholecystenterostomie das beste Verfahren. Bei partiellen Durchtrennungen genügt manchmal auch die einfache Drainage. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

---

22) **Berg.** Surgical treatment of cholelithiasis.

(Annals of surgery 1903. September.)

Verf. berichtet über 60 Operationen an den Gallenwegen mit 29% Todesfällen. Die Ursache für die letzteren lag darin, daß mit der Operation von seiten der Pat. zu lange gewartet war und sich bereits Sepsis infolge Cholangitis, Kachexie usw. eingestellt hatte. B. unterscheidet die Operation der Wahl im ruhigen Stadium — nach einmaligen schweren oder mehrfachen unkomplizierten Koliken oder dem ersten mit Fieber und großer Erweiterung der Gallenblase verbundenen Anfall — und die dringenden zu jeder Zeit zu unternehmenden Operationen — bei foudroyanten Attacken, bei Empyem, Gangrän, diffuser Bauchfellentzündung usw. Als Nachkrankheiten gibt er an die Bildung von Verwachsungen und dadurch hervorgerufene Schmerzen, Bauchbrüche, Bauchfellentzündung infolge des geplatzten, nachträglich entstandenen Empyems, endlich zurückgebliebene Steine.

Mit Kehr steht er auf dem Standpunkte, daß sich nach einer Operation keine neuen Steine bilden. Er beschreibt dann die Technik der einzelnen Operationen, der Cystotomie, Cystektomie, Choledochotomie usw.; im allgemeinen weicht dieselbe nicht von der Kehrschen, bei uns gebräuchlichen ab. Bleibt eine Gallenfistel zurück, so kann dieselbe sekundär plastisch geschlossen werden, sobald reine Galle abgesondert wird; sezerniert die Fistel jedoch Schleim oder Eiter, so weist dieses auf einen Verschluß des Cysticus durch Steine, Strikturen usw. hin, und eine einfache Schließung der Fistel ist zu

verwerfen. Verf. operiert **stets einzeitig und führt dann die Cyst**ektomie aus, sobald die klin**ischen Erscheinungen auf eine virulente** Infektion der Gallenblase **und der Gallenwege hinweisen. In diesen** letzteren Fällen verhütet **nach ihm die einfache Cystotomie nicht** sicher das Eintreten allge**meiner Sepsis.**

Zum Schluß wird noch **auf die bei Kachektischen, lange Zeit** Gelbsüchtigen usw. während **der Operation zuweilen auftretenden** unstillbaren kapillären Bl**utungen hingewiesen. Der Grund für diese** liegt nach B. nicht allein **in der mangelhaften Gerinnungsfähigkeit** des Blutes, sondern auch **besonders in der fettigen Degeneration der** Gefäßwandung, infolge de**ren sich die kleinen Gefäße nicht genügend** zu retrahieren vermögen.

Herhold (Altona).

---

23) **Fr. Kuhn** (Kassel). **Austreibung von Gallensteinen durch Spülung.**

(Münchener **med. Wochenschrift 1903. Nr. 39.**)

K. sucht an der Ha**nd einiger Beobachtungen darzutun, daß es** sehr wohl gelinge, durch **Spülungen unter höherem Druck (Strom**stärke 50—100 ccm) und **im Bedarfsfalle unter gleichzeitiger Anwen**dung von Atropin und M**orphin Fremdköper aus den Gallenwegen** herauszuschleudern und **freien Durchgang zu erzwingen. Durch die** Spülung schaffe man unter **den angegebenen Bedingungen künstlich** die Verhältnisse, wie sie **durch den Körper bei einem Gallenkolik**anfall hervorgerufen wer**den, nur mit dem Unterschiede, daß man** bei dem künstlichen Koli**kanfall dauernd Herr der Lage bleibe und** in jedem Augenblick die **Verhältnisse in der Hand habe, den Druck** beliebig steigern und eben**so jederzeit den »Anfall« abbrechen könne.**

Kramer (Glogau).

---

24) **M. Péraire.** Calculs biliaires dans le canal cystique, dans le canal cholédoque et dans l'épaisseur de la paroi antérieure de la vésicule biliaire.

(Revue **de chir. XXIII. ann. Nr. 7.**)

Der hier genauer be**sprochene Fall ist Fall II des Autors, der** in diesem Zentralblatt 1903, **Nr. 18, p. 499 erwähnt wird, wobei P.** nach Cholecystektomie die **Cysticuswand direkt mit dem Peritoneum** vernähte, ein Vorgehen, **für welches er vorläufig noch kein Pendant** ausfindig machen konnte. **Was uns mehr interessiert, ist die genaue** Untersuchung der wandst**ändigen Steine und ihrer pathologischen** Beziehungen. Kalkinkrus**tationen der Gallenblase gibt es in zweierlei** Formen. Die eine stellt **sich dar als gleichmäßige Durchsetzung** größerer Teile bezw. fast **der ganzen Wandung der Gallenblase mit** Kalksalzen — bis zu Knochenhärte —, **worüber einige Beobach**tungen vorliegen. — In der **anderen sind es wandständige Steinchen,** wie auch früher bereits v**on anderer Seite beschrieben wurden (Zu-**

sammenstellung von Létienne) und als Konkretionen der Schleimdrüsen aufzufassen sind. Eingelassen in eine Art von Krypten, sei es noch von einer dünnen Epithellage bedeckt, sei es, wie die Komedonen, etwas über das Niveau der Schleimhaut aus einer kleinen Öffnung derselben hervorragend, können sie in wechselnder Menge in der Blasenwand sitzen, die Größe von Hirse- und Hanfkörnern, selbst einer Erbse (Verf.) erreichen. Es ist anzunehmen, daß auch im weiteren Verlauf der Gallenausführungsgänge derartige Konkremente sich bilden können.

Am Schlusse seiner Arbeit kommt P. auf seine technische Neuerung zurück, der größere Sicherheit als Vorzug vor der einfachen Cysticusdrainage vindiziert wird. **Christel** (Metz).

---

25) **L. Baldassari** e **A. Gardini.** Contributo sperimentale alla chirurgia della cistifellea. Resezione e plastica.

(Riforma med. 1903. Nr. 31.)

Verff. haben bei Hunden (die Zahl der Experimente ist nicht angegeben) kleinere und größere Stücke der Gallenblasenwandung reseziert und das Loch mit einem Bauchfell-Muskellappen, welchen sie aus der Nachbarschaft der Laparotomiewunde exzidiert hatten, plastisch gedeckt. Die Muskularis kam dabei nach dem Blaseninnern zu liegen. Die Lappen heilten stets gut ein und lieferten auch bei Deckung großer Lücken und bei längerer Beobachtungsdauer eine gut geformte, nach dem Fundus hin etwas sackig ausgebuchtete Blase. Die Muskelfasern des plastischen Lappens gingen dabei, wie die mikroskopische Untersuchung zeigte, langsam zugrunde und wurden durch junges Bindegewebe ersetzt, so daß schließlich nur ein Narbenstreifen übrig blieb. — So interessant diese Experimente auch sein mögen, so dürften sie praktisch, wie die Verff. selbst zugeben, doch nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen überhaupt in Frage kommen; hierher zählen B. und G. Zerreißungen, vielleicht auch Perforationen und Fisteln der Gallenblase.

A. Most (Breslau).

---

26) **O. v. Büngner.** Zur Anatomie und Pathologie der Gallenwege und des Pankreas.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 1.)

Die Ergebnisse seiner an 58 Leichen vorgenommenen Studien über die anatomischen Beziehungen des Choledochus zum Pankreas und Ductus Wirsungianus faßt Verf. folgendermaßen zusammen:

Der Choledochus geht vor seinem Eintritt in das Duodenum fast stets (in 95% der Fälle) durch die Substanz des Pankreas hindurch und nur selten (in 5% der Fälle) am Kopfe desselben vorbei.

Choledochus und Wirsungianus vereinigen sich fast nie (nur in 1—2% der Fälle), sondern münden fast ausnahmslos (in 98—99%



der Fälle) getrennt voneinander am Boden des Diverticulum [der Papille.

Der Wirsungianus verläuft in der Regel ungeteilt. Nur selten (in etwa 10% der Fälle) gibt er einen Nebengang ab, der an anderer Stelle in das Duodenum einmündet.

Aus diesen in mehreren wichtigeren Punkten von den hergebrachten anatomischen Lehren abweichenden Ergebnissen zieht Verf. für die klinische Beurteilung der Krankheiten der Gallenwege und des Pankreas den Schluß, daß die operative Freilegung des Choledochus in der Regel nur bis zu dessen Eintritt in das Pankreas, nicht aber bis zu dessen Eintritt in das Duodenum möglich ist, es sei denn, daß das Pankreas auf blutigem Wege gespalten wird. Ferner ergibt sich, daß alle Affektionen des Pankreas, welche zu einer Schrumpfung oder pathologischen Vergrößerung des Pankreaskopfes führen, eine Verengerung nicht nur des Wirsungianus, sondern auch des Choledochus bedingen müssen.

Die Tatsache, daß Choledochus und Wirsungianus fast ausnahmslos getrennt voneinander in das Diverticulum der Papille münden, lehrt, daß die Verlegung des einen Ganges nicht diejenige des anderen nach sich ziehen muß. Erst wenn pathologische Prozesse vorliegen, welche das Diverticulum der Papille und damit die an sich getrennten Ausmündungen beider Gänge verlegen, werden Ausfallserscheinungen der Gallen- und Pankreassaftsekretion zu beobachten sein.

Blauel (Tübingen).

---

27) **O. Hess.** Experimenteller Beitrag zur Ätiologie der Pankreas- und Fettgewebsnekrose. (Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Marburg.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 44.)

Die von H. vorgenommenen Versuche, bei denen er Tieren Olivenöl, Ölsäure oder Natronseifenlösung in die Ausführungsgänge des Pankreas einbrachte, ergaben Totalnekrose des letzteren, Blutung, Fettgewebsnekrose mit raschem tödlichen Ausgang, also ein durchaus der Pankreasapoplexie klinisch wie pathologisch-anatomisch analoges Krankheitsbild. Wurde nur ein Teil der Drüse durch die Injektion betroffen, so kam es nur zu partieller Gewebszerstörung und schließlich zu sklerosierender interstitieller Bindegewebsentwicklung. Verf. zieht aus den Versuchen den Schluß, daß die Spaltungsprodukte des Fettes, das durch das fettspaltende Ferment des Pankreassaftes zerlegt und in Seife übergeführt wird, in letzter Instanz also die Seifen das zerstörende Agens für das Pankreasgewebe sind und ventiliert die Frage, ob der Tod bei Pankreasapoplexie vielleicht eine »Seifenvergiftung« sei. In seinen Experimenten wurden die Spaltungsprodukte des Fettes durch die Ausführungsgänge der Drüse direkt primär bis in die Pankreaszellen hineingeschafft — daher die umfangreiche plötzliche Gewebsnekrose —,

während unter gewöhnlichen Verhältnissen die löslichen Spaltungsprodukte (Natronseifen) allmählich aus dem Fettgewebe, in welchem sie abgespalten werden, sekundär in das umgebende Pankreasgewebe eindringen. **Kramer** (Glogau).

Kleinere Mitteilungen.

Eine Gefahr des Adrenalins.

Von

Dr. **Friedrich Neugebauer,** Primararzt in Mährisch-Ostrau.

H. Braun[1] empfahl den Zusatz von Adrenalin zu Kokain- oder Eukainlösungen zum Zwecke der Verstärkung und Verlängerung der anämisierenden und anästhesierenden Wirkungen.

Dieses Verfahren habe ich alsbald genau in der angegebenen Weise mit dem Präparate von Parke, Davis & Comp. nachzumachen begonnen. Schon die erste Anwendung zeigte, daß es sich wieder um einen bedeutenden Fortschritt in der lokalen Anästhesierung handle. Es war eine chronisch eiternde Bartholini-sche Drüse im ganzen zu entfernen. Das Präparieren in dieser blutreichen Gegend war ein guter Prüfstein für die angepriesenen Vorzüge der neuen Lösung. Dieselbe verhinderte in der Tat nahezu vollständig das Austreten von Blut. Da wir auch die von anderen Seiten gemeldeten Vergiftungserscheinungen nicht auftreten sahen, räumten wir dem neuen Verfahren ein breites Feld ein.

Da ereigneten sich rasch hintereinander bei plastischen Operationen drei Fälle von Hautgangrän[2]. Zuerst wurde dieselbe nach einer Phimosenoperation nach Schloffer bei einem 28jährigen, kräftigen Manne beobachtet. Die Injektion war im ganzen Bereiche des Präputiums zwischen die Blätter hinein erfolgt. Die Gangrän beider Blätter war eine vollständige (das Frenulum ausgenommen), sie trat rasch ohne Phlegmone oder Fieber ein. Die entzündlichen Erscheinungen folgten erst sekundär.

Die beiden anderen Fälle sind weniger einwandsfrei, weil sie alte Leute betrafen: eine 66- und 67jährige Frau. Beide hatten etwa kronengroße Hautcancroide des Nasenflügels bezw. der Nasen-Lippenfalte. Nach der Exzision wurden in der Breite des Defektes voneinander abstehend zwei Parallelschnitte in die Wangenhaut geführt und der so gebildete Lappen, welcher dieselbe Breite wie sein Stiel hatte, ohne besondere Spannung in den Defekt hineingelegt.

Niemals sah ich früher nach einer so wenig gewagten Plastik der Gesichtshaut eine so ausgedehnte Lappengangrän folgen wie hier. Die Lappen waren mindestens zur Hälfte vollständig abgestorben, obwohl sie den ganzen Panniculus mitbekommen hatten.

Diese Beobachtungen von Gangrän nach der Injektion eines Nebennierenextraktes sind nicht alleinstehend. Blum[3] (auch bei Braun zitiert) hat gelegentlich seiner Tierversuche zur Erzeugung von Nebennierendiabetes in einer großen Anzahl der Fälle ausgesprochene Hautgangrän gesehen, in einer weiteren Reihe bedenkliche Verfärbungen der Haut. Der genannte Autor wirft die Frage auf, ob nicht die Gangrän vielleicht erst eine Folge des künstlich erzeugten Diabetes sei. Was unsere drei Fälle anbelangt, kann ich diese Frage verneinen, da in keinem derselben nach der Injektion Zucker im Harn nachgewiesen werden konnte.

---

[1] Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXIX. p. 541 und Bd. LXXI. p. 179.

[2] Es waren drei Tropfen des Extraktes auf 1 ccm einer $\frac{1}{2}$%igen Kokain-Eukainlösung gegeben worden.

[3] Deutsches Archiv für klin. Medizin Bd. LXXI. p. 146.



Die in einer späteren Mitteilung[4] von Braun selbst empfohlene Einschränkung der Dosierung des Adrenalins halte ich deshalb auch aus diesen Gründen für sehr berechtigt und ganz besondere Vorsicht in der Anwendung bei alten Leuten am Platze.

---

28) J. L. Faure. Cancer de la portion thoracique de l'oesophage. — Extirpation du néoplasme par la voie médiastinale postérieure droite, combinée à une incision cervicale. — Mort. — Rapport par A. Demoulin.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 122.)

Demoulin mißt F. das Verdienst bei, der erste gewesen zu sein, der am Lebenden, wenn auch mit ungünstigem Ausgang, ein Karzinom des Brustabschnittes der Speiseröhre entfernte, da Rehn in dem von ihm operierten Falle die Neubildung nicht entfernt hat; auch beansprucht er für ihn die Priorität bezüglich einiger Technizismen bei der Operation, nämlich 1) die gleichzeitige Resektion oder mindestens Durchtrennung auch der ersten Rippe, welche allein erst eine genügende Entfernung der Schulter von der Wirbelsäule ermöglicht, 2) die Kombination mit einem vorderen Halsschnitt zur Freilegung des obersten Abschnittes des Brustteiles der Speiseröhre. Das Verfahren, das F. bei seinem 52jährigen, zwar abgemagerten, aber doch ziemlich widerstandsfähigen Pat. einschlug, ist, kurz skizziert, folgendes:

Am 25. November 1902 Gastrostomie. Am 12. Dezember Ösophagektomie: zunächst bei Rückenlage des Pat. 10 cm langer Längsschnitt am vorderen Rande des Kopfnickers; Zurücklagerung des Muskels und der großen Gefäße; Eindringen zwischen Cleido- und Omohyoideus auf die Luftröhre, Isolierung derselben von der Speiseröhre und der letzteren von der Wirbelsäule. Zwei Fäden werden hinter der Speiseröhre an ihrem Eintritt in die Brusthöhle um sie herumgeführt, um sie später, falls sich die Exstirpation des Karzinoms ausführbar erweist, knüpfen zu können. 2 cm unterhalb dieser Fäden fühlte der Finger den oberen Rand der Neubildung. Exstirpation einer supraklavikulären Lymphdrüse. Tamponade der Halswunde. Lagerung des Kranken auf die linke Seite. Schnitt in der Mitte zwischen medianem Schulterblattrand und der Dornfortsatzlinie von der Höhe der unteren Spitze des Schulterblattes bis zum oberen Rande des Musc. trapezius sogleich bis auf den Knochen. Ablösung des Periost von den obersten 6 Rippen und Querfortsätzen der Brustwirbel und Resektion von 5—6 cm der zweiten bis sechsten und von 2 cm der ersten Rippe. Bei Resektion der sechsten Rippe wurde die Pleura verletzt und entstand langsam ein Pneumothorax, der zunächst aber keine Störung verursachte. Nach Durchtrennung der ersten Rippe sinkt die Schulter stark nach außen und muß von einem Gehilfen der Arm energisch unterstützt werden, um eine Zerrung des Plexus brachialis zu vermeiden. Nun quere Durchtrennung der Interkostalgefäße und -nerven ohne Blutung. Stumpfe Ablösung der Pleura costalis von der Wirbelsäule; sie reißt dabei nochmals an kleiner Stelle ein. Die Neubildung lag jetzt vor, saß hinter dem unteren Abschnitt der Luftröhre und der Bifurkation, erschien leicht zu isolieren. Daher knüpfte F. jetzt die beiden von der Halswunde aus um die Speiseröhre gelegten Fäden und schnitt zwischen ihnen die Speiseröhre mit dem Thermokauter durch, zog den karzinomatösen Speiseröhrenteil hervor, isolierte ihn leicht und durchtrennte die Speiseröhre zwischen zwei Ligaturen 2 cm unterhalb der Neubildung. Das resezierte Stück war 11 cm lang. Einlegung zweier Drainröhren in das Mediastinum. Fixation der dritten Rippe an den entsprechenden Querfortsatz durch Silberdraht. Muskelnaht mit Catgut, Hautnaht. Nur zwei Gefäße, eine Muskelarterie und die Vena azygos, mußten bei der Operation, die $1^1/_2$ Stunden in Anspruch nahm, unterbunden werden.

---

[4] Zentralblatt für Chirurgie 1903. Nr. 38.

Pat. starb unter zunehmender Pulsbeschleunigung und Schwäche nach 18 Stunden, ohne daß die Obduktion eine bestimmte Todesursache aufdeckte; wahrscheinlich war der Tod wesentlich durch den Pneumothorax bedingt.

Ein zweiter von F. in der gleichen Weise operierter Pat. starb noch am Tage der Operation; auch bei ihm war eine Verletzung der Pleura und ein Pneumothorax Ursache des Todes oder trug wenigstens zum ungünstigen Ausgange wesentlich bei. F. meint, daß selbst eine ausgiebige Drainage der mediastinalen Wundhöhle durch die Zwerchfellsbewegungen in ähnlicher Weise, wie eine Verletzung der Pleura, zu einem die Atmung und Blutzirkulation schwer störenden Eintritt von Luft in den Thoraxraum, zu einer Art extrapleuralen Pneumothorax führen könne.

Demoulin bespricht noch kurz die von anderen Chirurgen bisher am Brustteil der Speiseröhre ausgeführten Operationen und die noch immer strittige Frage, ob man besser von der rechten oder von der linken Seite der Wirbelsäule her die Speiseröhre aufsuchen soll. **Reichel** (Chemnitz).

29) **R. Werth.** Über die Etagennaht der Bauchwunde bei gynäkologischen Laparotomien und ihre Ergebnisse.

(Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. VII. Hft. 2.)

Unter 393 Fällen, welche zur Nachuntersuchung kamen, fanden sich 13 Hernien (3,30%). Werden die früher als ein Jahr nach der Operation Wiederuntersuchten ausgeschaltet, so beträgt die Prozentzahl der Hernien 4,66.

Unter diesen Brüchen befanden sich 9 Narben-, 3 Stichkanalbrüche und »ein Bruch, welcher sich entlang einer von innen her durch Bauchfell und Muskel geführten Seidenfixiernaht bei Ventrovesicofixation entwickelt hatte«. Bei den sämtlichen Fällen, welche zu Narbenbrüchen führten, hatten Bauchdeckeneiterungen den Wundheilungsverlauf gestört; im ganzen war aber bei den nachuntersuchten Fällen 60mal eine Störung des Wundverlaufs eingetreten.

35 der nachuntersuchten Frauen hatten nach der Operation geboren, ohne daß es bei den Schwangerschaften zur Hernienbildung kam.

Früher befolgte W. »die Kombination der Schichtnaht mit dem Rektusschnitte«, in letzter Zeit die Lennander'sche Methode der Spaltung der Rektusscheide mit Abschiebung des unverletzten Muskels von der Linea alba.

Neck (Chemnitz).

30) **G. Ninni.** Altre 50 laparotomie per ferite penetranti con un caso d'invaginazione doppia, acuta, traumatica dell' ileo.

(Giorn. intern. delle scienze med. Anno XXV.)

Seinen früheren Beobachtungen fügt N. 50 neue Fälle hinzu. Es wurde 43mal wegen Stichverletzungen und 7mal wegen Schußverletzungen operiert; und zwar mit dem bei der Schwere vieler Fälle bemerkenswerten Resultat von fünf Todesfällen bei ersteren und drei bei den letzteren. 7mal war der Magen, 17mal der Darm, 1mal die Milz, wiederholt die Leber verwundet, und öfter lagen kombinierte Eingeweideverletzungen vor. Einmal fand sich neben einer Leber-, Magen- und Dünndarmverletzung bei der Laparotomie 9 Stunden nach dem Unfall der oben angedeutete merkwürdige Befund einer doppelten, 15 cm langen Invagination des Ileum, welche sich ohne Schwierigkeit lösen ließ. Wiederholt gelang es N., Fälle beginnender, sogar ausgesprochener Peritonitis zu retten; einen sogar, welcher mit 18 Stichwunden, Leber-, Zwerchfell-, Darmverletzungen und mit vorgefallenen Eingeweiden fast leblos eingeliefert wurde.

N. tritt bei der Nachbehandlung energisch für die Drainage der Bauchhöhle nach v. Mikulicz ein, und zwar dort, wo die Asepsis nicht absolut sicher oder eine Nachblutung zu befürchten ist. Ebenso empfiehlt er zur Behandlung der Peritonitis (auch der postoperativen) die Anwendung jener Tamponade nach vorheriger breiter Laparotomie mit ausgiebigster Auswaschung und Abwaschung von





Bauchhöhle und Därmen. Intravenöse Kochsalzinfusionen, sowie eine Enterostomie bei Meteorismus sind ebenfalls nicht unversucht zu lassen.

A. Most (Breslau).

31) **R. Gerngross.** Perityphlitis und Leukocytose. (Aus dem städt. Krankenhause in Altona. Medizinische Abteilung.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 37.)

Die an dem Material der genannten Krankenabteilung gewonnenen Erfahrungen ergaben, daß bei Perityphlitiden, die leichten klinischen Verlauf nahmen, die Leukocytenzahl zu Anfang nicht unbeträchtlich vermehrt war, in kurzer Zeit aber zur Norm zurückkehrte, während bei schwereren Fällen, die schließlich operatives Eingreifen erforderten, sich die anfängliche Leukocytose in gleicher Höhe hielt oder weiter anstieg. Doch wurde auch beobachtet, daß trotz sehr starker Vermehrung der Leukocyten bis 36000, die mehrere Tage andauerte, Heilung ohne Operation erfolgt, und daß niedrigen Werten für das Bestehen oder Nichtbestehen von Eiterung keine Beweiskraft zukam, ja daß die Leukocytose bei den rapid verlaufenen Fällen sogar konstant fehlte. Erscheint hiernach die Leukocytenzählung wohl geeignet, die Diagnose zu unterstützen, einen Fingerzeig zu geben, ob der Prozeß im Steigen oder in der Rückbildung begriffen ist, so vermag sie doch keinen sicheren Indikator für oder gegen die Operation abzugeben.

Kramer (Glogau).

32) **Weyprecht.** Erfahrungen über die Operation des eingeklemmten Bruches.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXI. Hft. 1.)

In der Körte'schen Abteilung am Urban zu Berlin sind in 10 Jahren 402 eingeklemmte Brüche behandelt worden mit einer Sterblichkeit von 14,4%. 70mal konnte die unblutige Reposition ausgeführt werden, meist im warmen Bade. Selten kam auf dem Operationstisch noch eine Reposition zustande. Bei kleinen, fest eingeklemmten Brüchen, bei längerer Einklemmung, wie bei Schwellung der Bedeckungen des Bruches wurden Repositionsversuche gänzlich unterlassen. Vor forcierter Taxis kann nicht genug gewarnt werden. Die Reposition en bloc wurde 6mal beobachtet. Die Zahl der operierten nichtbrandigen Brüche betrug 254 mit fast 91% Heilung und 9% Sterblichkeit. Von den 73 brandigen operierten Fällen endeten 46,6% tödlich. Interessant ist das Vorkommen der Brucheinklemmungen im Verhältnis zu den Altersklassen. Im ersten Lebenshalbjahr kamen mehr Inkarzerationen vor als in dem dann folgenden Zeitraume bis zu dem beendeten 10. Lebensjahre. Am stärksten beteiligt ist das 5. Dezennium, in welchem mehr Bruchoperationen ausgeführt wurden als in den 4 vorausgehenden Dezennien zusammen. Bis zum 30. Lebensjahre waren mehr Männer, von da an mehr Frauen an dem Leiden beteiligt. Am häufigsten kamen Schenkelbrüche vor, die auch am häufigsten brandig waren. Die rechte Seite war bei Schenkel- wie bei Leistenbrüchen die bevorzugte. Die Einklemmungsdauer ist auffallend häufig als eine sehr lange angegeben. Die Sterblichkeit wurde auch bei Lebensfähigkeit der Darmschlinge durch die Länge der Einklemmung ungünstig beeinflußt. Im Bruchwasser wurden in 47% der Fälle Bakterien gefunden, sofern eine Anreicherung der Keime in Bouillon stattfand. Die Untersuchung in Agarröhrchen ergibt geringere Resultate. Einer Gangrän bedarf es zwar nicht zum Durchtritt der Bakterien, doch müssen starke Zirkulationstörungen vorhanden sein. 28mal bestanden Darmwandbrüche. Die objektiven Erscheinungen derselben waren meist gering. Die Symptome der gestörten Darmpassage können dabei ganz fehlen. Der dritte Teil dieser Brüche war brandig. Nach Anamnese und anatomischem Befund konnte keiner der operierten Brüche als angeborener bezeichnet werden, abgesehen von den Nabelstrangbrüchen.

Was die Behandlung anlangt, so wurde fast immer die Herniotomie in Narkose, selten mit Lokalanästhesie ausgeführt. Im ganzen wurde die Spaltung des

Einklemmungsringes von außen nach innen gehandhabt. Zur Erkennung der Lebensfähigkeit des Darmes erwiesen sich am sichersten die Kontraktionen desselben, die durch Aufträufeln von heißem Wasser ausgelöst werden und sich dann über die ganze eingeklemmte Partie erstrecken müssen, wenn man beabsichtigt, die Darmschlinge zu reponieren. Die Heißwasserprüfung soll der elektrischen durch ihre Einfachheit und größere Allgemeingültigkeit überlegen sein. Bei zweifelhaftem Befunde wurde der Darm reponiert und ein Jodoformgazestreifen auf denselben geführt. Auf diese Weise läßt sich auch bei späterer Fistelbildung eine Infektion der Bauchhöhle gut vermeiden. In einer Reihe von Fällen wurde eine brandverdächtige Schnürfurche übernäht. Der momentane Erfolg war stets ein guter, und spätere Verengerungen wurden auch nicht beobachtet. Freilich wurde nie der ganze Umfang genäht, sondern nur ein Teil desselben, bis zur Hälfte. Erscheint die ganze Schnürfurche brandverdächtig, so ist die Resektion erforderlich. Die Vorlagerung der brandverdächtigen Darmschlinge wird nicht empfohlen, da sie die Lebensenergie derselben herabsetzt. Trat bei der Operation Exsudat aus der Bauchhöhle zutage, so wurde ein Gazestreifen eingeführt, da auch bei noch steriler Beschaffenheit leicht eine Infektion möglich ist, und zwar durch die geschädigte Darmschlinge. Wenn möglich, wurde eine Radikaloperation an den Bruchschnitt angeschlossen. Unter den Komplikationen sind vor allem Darmblutungen und Adhäsionsbildungen erwähnt, fernen Lungenentzündung, die durch Abkühlung, Embolie, Verschlucken und durch eine schon bestehende Bronchitis entstehen kann. Was die Gefährlichkeit der Herniotomie betrifft, so ist sie gering, so lange der Darm gesund und nicht schwere Komplikationen oder Krankheitsdispositionen nebenher bestehen. Bei den brandigen Brüchen wurde 36mal die primäre resp. sekundäre Darmresektion vorgenommen. Davon starben 16 Pat. Kotfisteln nach Darmresektion wurden am häufigsten bei zirkulärer Vereinigung beobachtet, im Gegensatz zu endseitlicher und seitlicher Apposition. Bezüglich der viel umstrittenen Frage, ob man gegebenenfalls besser einen Kunstafter oder die primäre Resektion anwenden soll, spricht die vorliegende Statistik für letztere, eine mäßige Peritonitis nicht gegen dieselbe. Bei der Resektion wurde stets die Tamponade des Bruchsackes ausgeführt. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

33) A. Exner. Die spitzen Fremdkörper im Verdauungstraktus des Menschen. Arbeiten aus dem Gebiete der klinischen Chirurgie. Dem Andenken Hofrat Prof. Carl Gussenbauer's gewidmet.

Wien, **Wilhelm Braumüller,** 1903.

Anschließend an seine frühere Arbeit (cf. dieses Blatt 1902 p. 494), in der er die Schutzvorrichtung bespricht, wie er sie bei Tierversuchen beobachten konnte, bespricht E. die einschlägigen Verhältnisse beim Menschen. Zunächst hat er aus der Literatur die Fälle zusammengestellt, in denen spitze und scharfe Fremdkörper verschluckt worden waren, und zwar nur solche, die nicht größer waren als 10 cm, mithin die Möglichkeit boten, im Verdauungskanal umgedreht werden zu können. Da über verschluckte Knochen allenthalben nur ungenaue Angaben zu finden waren, so handelt es sich im wesentlichen um spitze Glasscherben, Nadeln und Nägel. Speiseröhrenverletzungen sind in die Sammlung nicht mit einbegriffen. — Von verschluckten Glassplittern konnte E. 35 Fälle sammeln; 22 davon verliefen ohne Störungen, 8 endeten tödlich, aber in keinem von diesen größtenteils der älteren Literatur angehörenden Fällen konnte der Tod mit Sicherheit auf das Verschlucken der Glassplitter bezogen werden. In 154 Fällen sind Nadeln oder Nägel verschluckt worden. Von den 28 dadurch bedingten Todesfällen sind 20 allein durch die Nägel und Nadeln bewirkt. Das ergibt also eine Sterblichkeit von 18,2%. Dabei ist zu berücksichtigen, daß mehr unglücklich als gut verlaufene Fälle veröffentlicht sind.

Weiterhin stellte E. auch am Darme vom Menschen Beobachtungen über Fremdkörperwirkung an. Diese wiesen darauf hin, daß die menschliche Darmschleimhaut in gleicher Weise auf Reize reagiert, wie Verf. es früher für das Tier



gezeigt hat. Das breite stumpfe Ende einer Meißelsonde 1—3 Minuten auf die prolabierte Schleimhaut eines widernatürlichen Afters gedrückt bildete eine Delle, die etwa eine halbe Minute bestehen blieb und durch Darüberstreichen nicht auszugleichen war. In einem zweiten Falle wurde durch den gleichen Versuch auch das Zustandekommen eines anämischen Hofes erzielt. Stets entstand letzterer durch schwache Faradisation.

An weiteren Tierversuchen zeigte E., daß die Einziehungen und der Wall um die gereizte Stelle auch am Darme auftreten, der der seromuskulären Schicht beraubt ist, ein Beweis, daß sie auch durch die Muscularis mucosae zustande kommen. Beachtung verdient der Umstand, daß bei Tieren die Nadeln durch ein Gewirr von Haaren und anderen Fremdkörpern sozusagen eingepackt und somit unschädlich gemacht werden. Das stimmt überein mit ähnlichen Beobachtungen am Menschen, und das Verfahren von Geißelbrecht, der bei einem verschluckten Gebiß zerschnittene Baumwolle mit Eiweiß zu Schnee geschlagen mit dem Erfolg gab, daß das Gebiß am 4. Tage ganz umsponnen zum Vorschein kam, dürfte sich wohl zur Nachahmung empfehlen.

168 in Kürze aus der Literatur mitgeteilte Fälle neben 5 eigenen und einer weiteren Literaturübersicht bilden den Schluß der Arbeit.

Vielleicht hätte die Beweglichkeit des Dünndarmes als Schutzvorrichtung noch in Betracht gezogen werden können; denn die Seltenheit der Verletzung dieses Darmteiles im Verhältnis zu den mehr fixierten Teilen des Verdauungstraktus dürfte größtenteils darauf zu beziehen sein (Ref.). **E. Moser** (Zittau).

34) **Rosenthal.** A statistical report of gastrotomies for removal of foreign bodies from the stomach.

(New York and Philadelphia med. journ. 1903. Juli 18.)

In Ergänzung früherer Statistiken über das Thema der operativen Entfernung von Fremdkörpern aus dem Magen referiert Verf. über 90 Fälle von verschluckten Fremdkörpern verschiedenster Art, die operative Eingriffe nötig gemacht hatten. Interessant ist, daß in einem Falle der Fremdkörper sogar 16 Jahre im Magen geblieben war. Seit der antiseptischen bezw. aseptischen Periode sind bei Frühoperation 92,7%, bei Spätoperationen 86,2% Heilungen zu verzeichnen.

Scheuer (Berlin).

35) **Coste.** Zur Therapie der Gastroptose.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. LXXI. Hft. 3.)

C. publiziert die Krankengeschichte zweier Pat., bei denen er wegen Gastroptose operativ eingegriffen hat. Im übrigen bespricht er die zu solchem Zwecke bisher geübten Verfahren der Fixierung des Magens an das Peritoneum parietale und die Bänderverkürzung, ferner den Zusammenhang des Leidens mit der Asthenia universalis congenita. Er hält den operativen Eingriff dann für gerechtfertigt, wenn die Funktionsstörung des Magens so hochgradig wird, daß sie einen das Leben gefährdenden Charakter annimmt, vorausgesetzt, daß die interne Therapie erschöpft ist. **E. Siegel** (Frankfurt a. M.).

36) **B. Stein.** Ein Fall von chronischem Magengeschwür mit starker Blutung, zirkumskripter Peritonitis und doppelter Perforation in Darm und Harnwege.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 38.)

Das Geschwür bestand bei der 28jährigen Pat. bereits seit einigen Jahren, setzte dann plötzlich neue, schwere Erscheinungen, heftiges Erbrechen, große Schwäche und peritonitische Reizung, schließlich Hämatemesis, tags darauf starke Albuminurie und am folgenden Tage massenhafte Entleerung von jauchigem Eiter mit Urin und Kot, die 1—3 Wochen lang andauerte; Heilung. Verf. nimmt an, daß der Eiterdurchbruch ins Colon descendens und linke Nierenbecken erfolgte und bespricht in diesem Sinne eingehend den Fall. **Kramer** (Glogau).

37) **Winslow Anderson.** Gastrectomy.

(Pacific med. journ. 1903. Nr. 5.)

Bei einer 37 Jahre alten, stark abgemagerten Frau wurde durch den epigastrischen Mittelschnitt ein ausgedehntes, wenig verwachsenes Magenkarzinom freigelegt. Der Magen wurde völlig entfernt, das Duodenum 1 Zoll unterhalb des Pylorus, das obere Magenende an der Kardia zwischen zwei Klemmen durchschnitten. Die obere Magenwunde wurde bis auf eine Öffnung am unteren Winkel durch die doppelreihige Naht verschlossen. Trotz des großen Zwischenraumes zwischen Kardia und Duodenum gelang es mit Hilfe des Murphy'schen Knopfes, den Zwölffingerdarm in die obere Magenwunde einzunähen. Die Pat. erholte sich zunächst nach der Operation. Nach 3 Wochen wurde der Knopf, der an einer scharfen Krümmung des Duodenums stecken geblieben war, nach Bestimmung seines Sitzes durch ein Skiagramm aus dem Darm exstirpiert. Die Besserung im Befinden hielt zunächst an, dann erfolgte 7 Wochen nach der ersten Operation der Tod an Herzschwäche. Die Autopsie ergab nichts Besonderes, insbesondere keine Bauchfellinfektion und kein Rezidiv. **Läwen** (Leipzig).

38) **Reisinger** (Mainz). Über akute Entzündung des Coecums.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 40.)

Unter 350 Fällen operativ behandelter Appendicitis hat R. 2mal den Blinddarm erkrankt gefunden, wogegen der Wurmfortsatz völlig intakt und frei von Verwachsungen war und das Krankheitsbild auf eine Appendicitis hingewiesen hatte. In beiden Fällen war der Blinddarm brandig, und bestand eine jauchige Eiterung um denselben herum. Was die Ursache dieser primären gangränösen Typhlitis betrifft, deren Symptomenkomplex dem der Appendicitis sehr ähnelt, so scheint starke Kotstauung im Colon ascendens und Coecum und die anatomische Beschaffenheit des letzteren, das an seiner hinteren Seite frei von Bauchfell und dadurch weniger widerstandsfähig ist, in Betracht zu kommen.

Kramer (Glogau).

39) **E. Casati.** Cinque casi di splenectomia.

(Communicazione fatta all' accademia in Ferrara 1903. Januar 30.)

Verf. ist im allgemeinen in der Indikationsstellung zur Splenektomie zurückhaltend; innerhalb 15 Jahren hat er trotz der Nähe von Malariagegenden nur fünfmal die Operation ausgeführt. Verwachsungen, besonders solche mit dem Zwerchfell, sind für ihn im allgemeinen eine Kontraindikation. Angezeigt ist die Operation im übrigen bei der primären Milzvergrößerung, ferner bei Malaria, wenn die Milz wandert, schwere Störungen veranlaßt und innere Mittel fehlschlagen. — Die vorliegenden Fälle betrafen eine primäre Milzvergrößerung, drei Malariageschwülste und ein Karzinom der Milz. Alle Fälle heilten per primam.

A. Most (Breslau).

40) **B. K. Finkelstein.** Splenektomie und Talma'sche Operation bei Malariaascites.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 22.)

Die 35jährige Pat. leidet seit 12 Jahren an Malaria, die jeder Behandlung trotzte. Ascites (Leibesumfang am Nabel 116 cm). Milz vergrößert, reicht bis zur Linea parasternalis und 3 Querfinger unter dem Nabel, ballotiert etwas und senkt sich beim Stehen. Nach 3 Monate langer erfolgloser interner Behandlung obige Operation. Nach derselben 10 Tage lang Febris continua, dann innerhalb zweier Monate mehrere Anfälle von Wechselfieber. Die zuerst reichliche Absonderung von Ascitesflüssigkeit durch den Tampon stand nach 5 Wochen. Arsen, Chinin subkutan. Heilung. Die Milz war leicht mit dem Zwerchfell verwachsen, 30×20 cm groß, 1800 g schwer. **Gückel** (Kondal, Saratow).



41) **Rosengart. Milztumor und Hyperglobulie.**

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XI. Hft. 4.)

R.'s Pat., ein 41jähriger Mann, hatte eine große Milz-, eine ziemlich beträchtliche Leberschwellung, eine eigentümliche Hautfarbe in violetten, roten und stark gelben Tönen, tief kirschrote Färbung der sichtbaren Schleimhäute, Schmerzen in den Beinen, welche zu Zeiten ein Hinken bedingten und von starker Abschwächung, zeitweiser Unfühlbarkeit des Pulses der Fußarterien begleitet waren. Die roten Blutkörperchen waren um das Doppelte vermehrt, auf 10 Millionen im Kubikmillimeter; es bestand also Hyperglobulie. Unter einer Therapie, welche möglichste Beschränkung der Eisenzufuhr in der Nahrung bezweckte, trat in den $^5/_4$ Jahren, während welcher R. den Kranken beobachtete, eine leichte Besserung der Symptome auf, vor allem ging die Zahl der Erythrocyten und der Hämoglobingehalt etwas zurück.

In den sehr spärlichen ähnlichen Fällen aus der Literatur handelte es sich fast stets um eine primäre Tuberkulose der Milz. Auch R. ist geneigt, in seinem Falle die Erkrankung der Milz als das Primäre aufzufassen, wenn auch Anzeichen für Tuberkulose sich nicht finden ließen. Da die Milz nicht direkt am Aufbau der roten Blutkörperchen beteiligt ist, so ist die Hyperglobulie bei den Milzschwellungen dieser Art auf eine sekundäre Reaktion des Knochenmarkes zurückzuführen.

Haeckel (Stettin).

42) **Bunting. Primary sarcoma of the spleen, with metastases. Report of a case.**

(Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1903. Juli—August.)

49jähriger, sehr kachektischer Mann mit Erscheinungen, welche auf eine chronische Nephritis und eine Lebererkrankung hinweisen. Milz und Leber vergrößert, Geschwulstknoten im subkutanen Bindegewebe, an der Brust und am Bauche. Tod im Koma. Die Autopsie ergibt ein primäres Sarkom der Milz, mikroskopisch aus großen epitheloiden oder endothelialen Zellen bestehend, welche anscheinend von den Zellen des Retikulum ihren Ausgang nehmen und pseudoalveolär angeordnet sind. Die Geschwulstzellen zeigen Zeichen aktiver Proliferation und atypisches Wachstum. Metastasen in der Leber, welche größer sind als die Milzknoten, mikroskopisch den gleichen Zelltypus zeigen wie in der Milz; und wohl durch eine frühzeitige Embolie von den Milzvenen aus zustande kamen. Weitere Metastasen im Pankreas und den gastrohepatischen Lymphdrüsen, wohl auf dem Lymphwege entstanden, ferner im Unterhautzellgewebe; kompensatorische Hypertrophie der Lymphdrüsen vor der Wirbelsäule vom Becken bis zum Halsteil.

7 ähnliche Literaturfälle, darunter 2 histologisch ganz gleiche von Grohé und J. Weber werden referiert. Diese bösartigen Geschwülste der Milz ähneln histologisch sehr den seltenen Fällen von Anaemia splenica. Erstere sind eine Art bösartiger, letztere eine gutartige Hyperplasie der Milzpulpa. Jedoch ist der klinische Verlauf bei beiden Gruppen sehr verschieden. Die Anaemia splenica setzt im Kindesalter ein und verläuft sehr chronisch mit Anämie und Blutungen; das Bindegewebe in der Milz ist stärker als beim Sarkom entwickelt, Metastasen fehlen. Beide Gruppen unterscheiden sich außerdem scharf von den übrigen Sarkomformen in der Milz, den Fibro- und Lymphosarkomen.

Mohr (Bielefeld).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, F. König, E. Richter,
in Berlin, in Berlin, in Breslau.

Dreißigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 52. Sonnabend, den 26. Dezember. 1903.

(Aus der II. chirurgischen Abteilung des k. k. allg. Krankenhauses in Wien. Vorstand: Hofrat Prof. v. Mosetig.)

Zur Technik der künstlichen Blutleere. Eine regulierbare Konstriktionsbinde.

Von

Dr. Siegfried Spiegel,
Sekundararzt.

Bereits im 16. Jahrhundert war die Abschnürung der Extremitäten behufs Blutsparung bei Operationen bekannt (Ambroise Paré); doch geriet diese Methode bald in Vergessenheit, bis v. Esmarch im Jahre 1873 seine Methode der Anämisierung mittels des elastischen Schlauches bekannt gab. Den unleugbaren Vorteilen dieses Prinzips ist jedoch die Anlegung und das Material des Schlauches oder der Binde nicht vollkommen zweckentsprechend. Abgesehen

davon, daß ein richtiges Anlegen viel Zeit in Anspruch nimmt, stellt es auch gewisse Forderungen an die Kraft und Geschicklichkeit des Operateurs. Das Material ist, wie jeder Gummigegenstand, dem Verderben ausgesetzt und kann daher im Augenblicke des Bedarfes leicht versagen. Der wesentlichste Nachteil aber besteht darin, daß das Lösen der Binde oder des Schlauches, die doch in mehreren Touren um die Extremität gelegt sind, nicht nur die Mithilfe einer eigenen Person nötig macht, sondern auch eine umständliche, zeitraubende und durch die Hantierung in nächster Nähe des Operationsgebietes sogar die Asepsis gefährdende Arbeit ist. Ferner ereignet es sich oft, daß, wenn die wichtigsten sichtbaren Gefäße unterbunden sind, nach Lösung der Binde oft das Operationsgebiet derart mit Blut überschwemmt wird, daß ein rasches Arbeiten nötig ist, damit die Idee der Blutsparung nicht illusorisch wird. Es gibt bei der elastischen Binde eben nur zwei Stadien, das der Abschnürung und das der Lösung, ein Zwischenstadium, das gerade nur den Durchtritt einer geringen Blutmenge behufs leichterer Auffindung der Gefäße ermöglichen würde, gibt es nicht.

Auf diese Übelstände von meinem verehrten Chef, Herrn Hofrat v. Mosetig, aufmerksam gemacht, konstruierte ich auf seine Anregung eine Vorrichtung, welche den Nachteilen der elastischen Binde abhilft und durch bisherige Erprobung bei ca. 50 Operationen (Amputationen, Resektionen, Jodoformplomben usw.) sich als allen Bedürfnissen entsprechend erwiesen hat.

Die Konstriktionsbinde (ausgeführt von der Firma H. Reiner) besteht im wesentlichen aus einer Welle (Fig. 1), an welcher das eine Ende des Seidengurtes *G* befestigt ist, während das andere mit einem hakenförmig gekrümmten Blechstreifen *H* in Verbindung steht, der in den Schlitz *s* paßt. Mittels der Flügelschraube *F* kann die Welle gedreht und dadurch der Gurt aufgewickelt werden. Ein mit der Welle verbundenes Sperrad, das im Gehäuse (Fig. 2) untergebracht ist, verhindert infolge des Eingreifens der Sperrklinke *i* das Abrollen des Gurtes.

Die Auslösung des Sperrades wird durch Drehung des Hebels *h* in der Pfeilrichtung erzielt, indem ein zahnartiger Fortsatz den Knopf *i* wegdrückt.

Das Anlegen erfolgt derart, daß man zunächst die betreffende Extremität einige Zeit eleviert, eventuell zentripetal streicht, dann eine oder zwei Touren einer Calicotbinde oder dünnen Kompresse um die Schnürstelle legt und hierauf den Gurt, nachdem man denselben in entsprechender Länge abgerollt hat, so umlegt, daß der Haken *H* in den Schlitz *s* einschnappt. Dann wird durch Drehung der Flügelschraube der Gurt so fest als möglich zugezogen. (Es ist ratsam, nach einigen Minuten, da sich der Gurt ein wenig dehnt, noch etwas zuzudrehen.) Damit ist die Abschnürung vollendet. Die Lösung der Binde erfolgt im Moment durch Drehung des Hebels *h* in der Pfeilrichtung gegen *i*.



Diese Binde gestattet aber auch eine allmähliche Lösung, indem man während des Druckes des Hebels gegen den Knopf *i* die Flügelschraube nur um einige Grade zurückgehen läßt, wodurch die komprimierten Gefäße nur soweit durchlässig werden, daß die Auffindung der blutenden Stellen in der Wundfläche erleichtert ist, ohne daß das Operationsfeld ganz überschwemmt wird. Die Lösung der Binde kann der Operateur selbst durch die sterilen Kompressen oder mit einem sterilen Tupfer ausführen.

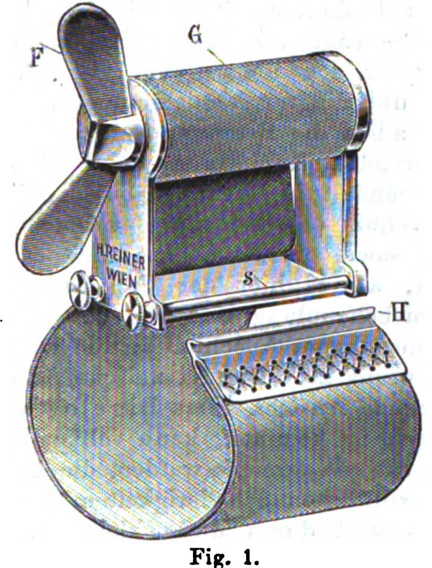


Fig. 1.

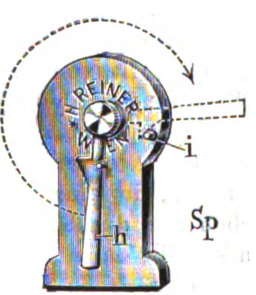


Fig. 2.

Die ganze Vorrichtung ist leicht zerlegbar und die Bestandteile sind ohne Mühe zu reinigen.

Diese Konstriktionsbinde dürfte gerade wegen des Fehlens von Gummibestandteilen und wegen ihrer leichten Bedienung besonders für die Kriegschirurgie, sowie für den praktischen Arzt geeignet sein[1].

Herrn Hofrat v. Mosetig statte ich für die Anregung, sowie für seine liebenswürdigen Ratschläge meinen besten Dank ab.

---

1) L. Casper. Lehrbuch der Urologie mit Einschluß der männlichen Sexualerkrankungen.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1903. 515 S., 187 Abbildgn.

Das C.'sche Lehrbuch, das jetzt vollständig vorliegt, entspricht durchaus den Erwartungen, mit denen die erste Lieferung bereits

[1] Die Binde ist unter dem Namen »Konstriktor« bei der Firma H. Reiner in Wien IX, Van Swietengasse 10, erhältlich.

in diesem Blatte begründet worden ist. Kurz und klar, ohne Polemik, wird das, was in der urologischen Spezialwissenschaft als fester Besitzstand gelten kann, vorgetragen. Die weise Beschränkung, die sich der Autor allenthalben auferlegt, wird auch den Tatsachen gegenüber nicht außeracht gelassen, auf denen er selbst wissenschaftlich tätig war; so hat der Harnleiterkatheterismus sowohl wie die damit eng verbundene funktionelle Nierendiagnostik sich mit verhältnismäßig kurzen Ausführungen begnügen müssen. Die ausführliche Behandlung eines so überaus wichtigen Kapitels wie Therapie der Blasentuberkulose wird jeder Praktiker mit Freude begrüßen. Recht wohltuend berührt u. a. die ruhige, kühle Beurteilung der Bottini'schen Operation, die weder den überschwänglichen Lobpreisungen der einen, noch den unbedingten Verdammungsurteilen der anderen Seite zustimmt; vor allem die Betonung der Unsicherheit des Erfolges war einmal notwendig. Zu kurz erscheint mir die Therapie der Blasengeschwülste behandelt; in einem Lehrbuche müßte meiner Ansicht nach doch die Technik der endovesikalen Operation sowohl als auch der Sectio alta, sowie die Nachbehandlung etwas ausführlicher besprochen werden, als es hier der Fall ist. Das gleiche gilt von der Blasenektopiebehandlung und von der Lithothrypsie; der Cystoskopie im unmittelbaren Anschluß an die Operation mißt Verf. nur geringe Bedeutung zu. Die Nitze'sche Schule hat hierin eine durchaus abweichende Ansicht. Das Bigelow'sche Prinzip, in einer Sitzung zum Ziele zu kommen, kann vollkommen eben nur durch die sofortige Cystoskopie erreicht werden, die Technik stößt dabei auf keine unüberwindlichen Schwierigkeiten.

Der große Wert des Buches wird durch diese kleinen Ausstellungen nicht beeinträchtigt, es kann den praktischen Ärzten sowohl wie den Spezialisten aufs angelegentlichste empfohlen werden.

Willi Hirt (Breslau).

---

2) **C. Posner.** Therapie der Harnkrankheiten. Dritte neubearbeitete Auflage.

Berlin, **August Hirschwald,** 1904. 213 S. 19 Abbildgn.

Die dritte Auflage ist gegenüber der zweiten um vier Kapitel vermehrt; neu hinzugekommen sind die Kapitel: die akute Infektion von Blase, Harnleiter und Niere, die chronische Infektion von Blase, Harnleiter und Niere, Mißbildungen und Verletzungen, die Erkrankungen des Hodens und seiner Hüllen. Die früher in einem Kapitel behandelten Neubildungen zerfallen jetzt in Neubildungen in Harnröhre und Prostata und Neubildungen der Blase und Niere. Dagegen ist das Kapitel: Veränderungen des Chemismus als solches fortgefallen und größtenteils in das Kapitel Steine und Fremdkörper übergegangen. Im ganzen ist das Buch um 51 Seiten vermehrt worden. Den Hauptanteil des Neuhinzugekommenen nehmen die Nierenkrankheiten in Anspruch, in jedem einzelnen Kapitel aber treffen wir außerdem neues; so über die Verbreitung

des gonorrhoischen Virus im ganzen Körper, über die Beziehungen der Tuberkulose zur Gonorrhöe, über Asepsis und Kathetersterilisation, über Prostatahypertrophie. Ganz neu geschaffen ist das Kapitel über Mißbildungen und Verletzungen.

Fast gar keine Veränderungen haben die »nervösen Störungen« erfahren, obgleich gerade auf diesem Grenzgebiete zwischen Urologie und Neurologie in letzter Zeit viel gearbeitet worden ist und besonders die Arbeiten von Müller (Erlangen) einen gewissen Umschwung in unseren Anschauungen über die Abhängigkeit der Blasentätigkeit vom Zentralnervensystem erwarten lassen.

Einerseits aber sind diese Dinge noch zu sehr im Fluß, als daß sie bereits unbedingt in ein kurzgefaßtes Lehrbuch gehörten, andererseits sind gerade auf therapeutischem Gebiet auch durch die neuen Anschauungen bisher wenig Änderungen eingetreten. Man kann daher mit vollem Rechte sagen, daß die neue Auflage ihrer Aufgabe, über den jetzigen Stand der Therapie einen umfassenden Überblick zu gewähren, durchaus gerecht wird, und daß sie den alten guten Ruf des Buches in bester Weise bewahrt und vermehrt. **Willi Hirt** (Breslau).

---

3) **Toubert.** Quelques indications pratiques sur le traitement raisonné des uréthrites.

(Arch. de méd. et de pharm. militaires 1903. September.)

Nach einigen statistischen Bemerkungen über die Häufigkeit der Gonorrhöe und über den Wert der Guyon'schen Zweigläserprobe für die Unterscheidung, ob vorderer oder hinterer Harnröhrenkatarrh vorliegt, beschäftigt sich Verf. mit der Behandlung der genannten Krankheit. Da die meisten Tripperspritzen nicht gut funktionieren und sich sowohl leicht infizieren, als auch andererseits schwer desinfiziert werden, schlägt T. vor, entweder sich der retrograden Injektion oder der Irrigation (Grande lavage) zu bedienen. Im ersteren Falle wird auf die Spitze der Spritze eine Hohlröhre (Schlauch oder Metall) aufgesetzt, u. zw. von 12 cm Länge bei Behandlung des vorderen und von 15 cm Länge bei Behandlung des hinteren Harnröhrenteiles. Die Injektion erfolgt erst, nachdem der Anfangsteil des Hohlrohres bis hinter die zu berieselnde Fläche vorgeschoben ist.

Was die Irrigation (Grande lavage) anbetrifft, so soll derselben eine gründliche Reinigung der Harnröhrenmündung vorhergehen, dann wird zunächst nur ein kleiner vorderer Teil der Harnröhre gespült, indem der dahinterliegende durch äußeren Fingerdruck abgeschlossen wird. So geht man dann schrittweise nach hinten zu vor, um am Schluß noch einmal die ganze Harnröhre zu spülen. Bei Spülung des vorderen Teiles der Harnröhre — bis zur Pars membranacea — soll der Irrigator 0,50 oder 0,75 m, bei Spülung des hinteren Abschnittes 1,50—1,80 m hoch gehalten werden. Als Spülflüssigkeiten werden im Anfangsstadium Kalium permanganat. 1 : 10 000,

5000, 2000 und zuletzt 1000 oder Sublimatlösung in derselben Stärke empfohlen, später werden adstringierende Mittel angewandt. Hat sich im weiteren Verlaufe der Gonorrhöe der Sitz der Erkrankung lokalisiert, so orientiert über den letzteren die Dreigläserprobe Guyon's, die Endoskopie und endlich das Abtasten der Harnröhre mit einem zarten olivenköpfigen Bougie. Durch das letztere werden die schmerzhaften Stellen erkannt und auch bei Erkrankung der Drüsen das Sekret aus denselben herausgedrückt. Dieses Bougie wird auch zur Massage der verdickten kranken Stellen der Harnröhre verwandt und soll bessere Erfolge als das Einführen von Suppositorien oder schmelzbaren Bougies zeitigen.

Herhold (Altona).

---

4) **Young.** Conservative perineal prostatectomy.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. Oktober 24.)

Früher operierte Y. auf intravesikalem Wege, wobei namentlich Entgegendrängen des Mittellappens vom Mastdarm aus sich sehr nützlich erwies, später wandte er bei sehr hinfälligen alten Männern häufiger die Bottini'sche Operation an und war von ihr sehr befriedigt, auch was Dauererfolg anbelangt. In letzter Zeit wandte er sich der Enukleation vom Damm aus zu und hat eine neue Art des Vorgehens jetzt zu seinem regelmäßigen Verfahren gemacht. Dabei war er darauf bedacht, die Ausführungsgänge des Ductus deferens zu schonen, da noch manche der Operierten geschlechtskräftig sich erwiesen. In vorliegender Arbeit ist auch zunächst eine genaue anatomische Beschreibung dieser Verhältnisse gegeben. Um aber vom Damm aus schnell und leicht operieren zu können, muß man sich die Prostata mit Gewalt entgegendrängen; dazu führt Verf. durch die eröffnete Harnröhre einen eigenartig geformten, zweiblättrigen Halter ein, dessen in der Blase liegende Blätter gefenstert und glatt gearbeitet sind. Das eine Blatt läßt sich in dem hohlen Stiele um das andere in beliebiger Weise drehen, außen ist die Stellung an korrespondierend angebrachten Blättern sichtbar. Y. operiert folgendermaßen: Stark übertriebene Steinschnittlage, Damm soll möglichst wagrecht liegen; vorher ist ein Itinerarium in die Harnröhre eingelegt. Hautschnitt, bei Mageren in der Rhaphe, etwa 6 cm lang, endigt unmittelbar vor dem After. Bei fetten Individuen $\wedge$-Schnitt, jeder Arm 5 cm lang. Präparation der Muskulatur, wobei besonders zu achten auf die mediale Fascie, die am Bulbo-Cavernosus ansetzt und die schließlich dicht am letzteren durchtrennt wird. Hierauf Freilegung der Pars membranacea urethrae, Urethrotomie und Einführung des geschlossenen Halters, dessen Arme dann um 180° gedreht werden. Herunterziehen der Prostata in die Wunde, so daß sie offen liegt, Inzision der Kapsel neben den Ducti deferentes, stumpfes Ausschälen der Drüse, wobei Vorsicht nötig ist, um die Harnröhre nicht zu zerreißen. Sind die Seitenlappen ausgeschält, so kann durch Drehung des Halters um 90° nach oben

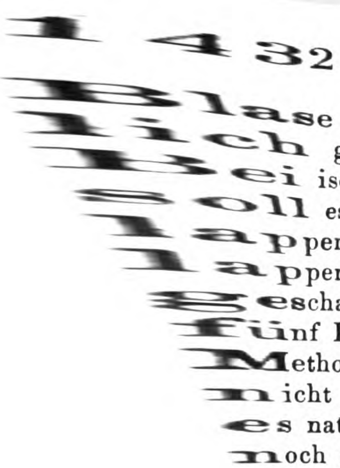
oder unten ein vorderer oder mittlerer Lappen ebenfalls in die Wunde eingestellt und unter Leitung des Auges entfernt werden. Am besten gelingt es, wenn man den Mittellappen durch die nach Entfernung des linken Seitenlappens entstandene Öffnung hervorzieht. Die Blase wird drainiert und dauernd mit Normalsalzlösung gespült, indem oberhalb des Drains ein dünner, mit dem Reservoir verbundener Katheter eingelegt wird. Die leeren Kapselteile werden tamponiert. Bei geradlinigem Dammschnitt wird der hintere Teil der Wunde, bei Λ-Schnitt eine Seite schichtweise genäht. Die Blasendrainage wird etwa 1 Woche aufrecht erhalten und ist von bestem Einfluß auf bestehenden Blasenkatarrh. Verf. hat 15 Fälle nach diesem Verfahren behandelt, alle ohne üblen Zufall und mit dem Erfolge, daß die Pat. selbständig urinieren können; bei allen ist die geschlechtliche Funktion erhalten, die Samenfäden sind beweglich, im Ejakulat sind Prostatakörperchen enthalten, die von dem den Ausführungsgängen anliegenden Rest der Prostata geliefert werden. Über Dauererfolg gibt Verf. wegen Kürze der Zeit seit den Operationen noch kein Urteil ab. **Trapp** (Bückeburg).

5) **Riedel.** Über die Excochleatio prostatae.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 44.)

R. berichtet über fünf Fälle von Prostatahypertrophie, in denen er obige Methode mit gutem Erfolg angewandt hat. Die Operationsmethode ist folgende: Bogenschnitt zwei Finger breit vor dem After von einem Tuber ischii zum anderen; auf diesen Schnitt wird ein Längsschnitt bis zum Hodensack gesetzt. Eindringen in die Tiefe unter Schonung der vorderen Wand des Mastdarmes und des Bulbus urethrae nach Durchschneidung der kleinen Dammuskeln. Nachdem die Pars nuda urethrae sichtbar geworden ist, wird eine derbe Steinsonde in die Harnröhre eingeführt und die Prostata allmälich freigelegt. Entfernung der Steinsonde, weil sie die Pars prostatica urethrae zu weit nach hinten treibt, während die Seitenlappen nach vorn verschwinden. Dann geht man seitlich an der Prostata noch etwas in die Höhe, um die Seitenlappen von hinten her ordentlich übersehen zu können. $1^1/_2$ cm von der Mittellinie entfernt wird zunächst die Kapsel der Prostata zuerst links in ganzer Ausdehnung durch einen Längsschnitt gespalten. Einführung eines kleinen scharfen Löffels in das Gewebe der durch Hakenpinzette fixierten und nach abwärts gezogenen Drüse. Nachdem der erste Defekt an richtiger Stelle gesetzt, gelingt die weitere Aushöhlung leicht. Derbere Stränge sind mit der Schere zu durchtrennen. Ist links ein walnußgroßer bis kleinapfelgroßer Substanzverlust angelegt, so läßt sich der rechte Seitenlappen leichter vorziehen und ebenso wie der linke behandeln. Schwierig ist es, besonders bei großer Prostata, die Verletzung der Harnröhre zu vermeiden, da dieselbe innerhalb der Prostata keine eigentliche Wand hat. Bei einer Verletzung der Harnröhre glaubt R., daß es besser ist, von dem Einlegen eines Rohres in die





Blase abzusehen. Die Blutung bei der Auslöffelung ist außerordentlich gering. Die äußere Wunde wird nicht genäht. Tamponade. Bei isoliertem mittlerem Lappen ist das Verfahren kein sicheres, doch soll es auch hier versucht werden, da durch Schrumpfung der Seitenlappen sich die Wegsamkeit durch andere Einstellung des Mittellappens wieder herstellen kann. Gelingt dies nicht, so hat man nichts geschadet. Es bleibt dann die Sectio alta übrig. Die mitgeteilten fünf Fälle sind von gutem Erfolge begleitet und fordern auf, die Methode weiter zu prüfen, zumal dieselbe auch bei älteren Leuten nicht als sehr eingreifend bezeichnet werden kann. Am besten ist es natürlich, solche Fälle zu nehmen, in denen die Blasenmuskulatur noch nicht zu sehr geschädigt und der Urin noch nicht zu sehr zersetzt ist. **Borchard** (Posen).

6) **K. Baisch** (Tübingen). Die Prophylaxe der postoperativen Cystitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 38.)

Ausgehend von der Tatsache, daß die postoperative Cystitis eine bakterielle Blasenentzündung darstellt, welche nach den mit einer Schädigung der Blase einhergehenden Operationen häufig infolge von Katheterismus, indes auch ohne solchen durch Urinretention zustande kommt, hat B. in der Tübinger Frauenklinik Versuche ausgeführt, die Urinentleerung durch Einspritzung von sterilisiertem 2%igem Borglyzerin (20 ccm) in die Blase anzuregen, und damit meist eine prompte Wirkung erzielt. Wo diese ausblieb — es waren Fälle, in denen die Blase in weiter Ausdehnung von ihrer Unterlage abgelöst worden war —, hat B. katheterisiert, aber im unmittelbaren Anschluß daran stets Ausspülungen der Blase mit 3%iger Borsäurelösung gemacht. Dadurch gelang es in der Regel, der Entstehung des Blasenkatarrhs vorzubeugen. **Kramer** (Glogau).

7) **Uteau.** De l'anurie au cours des néoplasmes pelviens.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1903.

Verf. bringt eine Zusammenstellung von Fällen, in denen die Urinentleerung völlig aufgehoben war (Anurie proprement). Nach Mitteilung der Beobachter derartiger Erkrankungen von 1760 bis zur Jetztzeit (wobei die Autoren alle aufgezählt werden) bespricht er die pathologisch-anatomischen Befunde an Harnleiter und Niere, wobei die topographische Lage des Harnleiters eine ausführliche Erörterung findet, besonders das Lageverhältnis zu Nerven- und Lymphbahnen des Beckens.

Auf Grund dieser topographischen Verhältnisse erörtert Verf. die leichte Möglichkeit einer Kompression, Knickung oder Verlagerung durch Geschwülste der Beckeneingeweide, wobei er den Uteruskrebs obenan stellt. Sehr häufig kommen diese Erscheinungen nicht durch

die Geschwulst selbst, sondern durch ihre Metastasen veranlaßt vor. Als Folge hiervon tritt beim Harnleiter Obliteration, und zwar totale (selten) oder partielle (häufiger) ein, bei der Niere toxische oder infektiöse Folgeerscheinungen. Es folgt eine Mitteilung von 40 zusammengestellten Fällen in Form von Krankengeschichten, Therapie und kritischen Bemerkungen nebst Vergleich der einzelnen Fälle miteinander. Die Schlüsse, welche Verf. aus diesen Mitteilungen zieht, sind in Kürze folgende:

1) Die wahre Anurie infolge von Kompression durch Beckengeschwülste wird in erster Linie durch das Uteruskarzinom, dann durch Geschwülste der Blase, der Prostata, des Mastdarmes, schließlich retroperitonealer oder solcher des Beckenbindegewebes bedingt.

2) Diese Kompression kann bedingt sein
   a. durch die Geschwulst,
   b. durch die Drüsen.

3) Die Anurie infolge Verletzungen der Niere oder des Harnleiters oder beider gleichzeitig ist anatomisch nur durch Reflexerscheinung zu erklären.

4) Bei Anurie als Folgeerscheinung der Beckenneubildungen treten meist keine stürmischen Erscheinungen auf, wohl aber kehren dieselben in größeren oder kürzeren Zwischenräumen wieder.

5) Zur Bekämpfung dieser macht man mit befriedigenden Resultaten chirurgische Eingriffe, am zweckmäßigsten die Anlegung einer Nierenfistel.

Grosse (Kassel).

---

8) **Neugebauer.** Fünfzig Mißehen wegen Homosexualität der Gatten und einige Ehescheidungen wegen »Erreur de sexe«.

(Zentralblatt für Gynäkologie 1899. Nr. 15.)

9) Derselbe. Interessante Beobachtungen aus dem Gebiete des Scheinzwittertums.

(Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen 1902. IV. Jahrgang.)

10) Derselbe. Hermaphrodisme et pratique journalière du médecin.

(Gynécologie 1903. Februar 15.)

11) Derselbe. Chirurgische Überraschungen des Scheinzwittertums.

(Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen 1903. V. Jahrgang.)

Die vorstehend angeführten vier Abhandlungen beschäftigen sich mit der Frage des Zwittertums, bezüglich deren N. das Vorkommen eines echten Zwittertums beim Menschen bezweifelt. Der Inhalt des ersten Aufsatzes ergibt sich aus der Überschrift. Die zweite Abhandlung bringt eine synoptische Zusammenstellung aus der Kasuistik von allgemeineren Gesichtspunkten aus. N. berichtet zunächst über eine Reihe von Fällen, in denen sich der Hermaphroditismus mit Geistesanomalien komplizierte, und weiterhin über 4 Fälle, wo

derselbe zu Selbstmordversuchen Anlaß gab. Ferner teilt N. noch sieben weitere Fälle von Mißehen und 41 Fälle mit, wo die irrtümliche Geschlechtsbestimmung noch in der Verlobungszeit bei der Braut erkannt worden war. In 13 Fällen verlangten als Mädchen erzogene männliche Scheinzwitter die Zuerkennung der ihnen zustehenden männlichen Rechte, und 27mal wurde festgestellt, daß sich männliche Scheinzwitter der Prostitution ergeben hatten. In 44 Fällen kamen Scheinzwitter aus irgendwelchen Ursachen in Kollision mit den polizeilichen, kirchlichen und Schulbehörden. Zum Schluß werden noch einige Fälle angeführt, wo an Scheinzwittern, die irrtümlich als Mädchen erzogen waren, ein Verbrechen begangen wurde, welches wohl ohne den Error sexus nicht stattgefunden hätte.

Der dritte, in französischer Sprache geschriebene Aufsatz gibt eine kurze Übersicht über die wichtigsten Punkte, welche der Praktiker bezüglich der Zwitterfrage kennen muß. Die Ausführungen N.'s gipfeln in der Forderung, in den standesamtlichen Listen für Zwitter die Bezeichnung »unbestimmtes Geschlecht« einzuführen und diese Bezeichnung solange aufrecht zu erhalten, bis die Geschlechtsbestimmung in exakter Weise möglich ist.

Speziell in chirurgischer Beziehung interessante Mitteilungen enthält die letzte der vier Abhandlungen, die eine Kasuistik von 134 Beobachtungen umfaßt. N. gliedert den Stoff in 6 Gruppen. Die erste Gruppe enthält 38 Beobachtungen, in denen bei Mädchen bezw. bei Scheinzwittern der Leistenschnitt gemacht und bei dieser Gelegenheit das männliche Geschlecht festgestellt worden war. In der zweiten Gruppe sind 4 Herniotomien bei weiblichen Scheinzwittern zusammengestellt, von denen 2 als Männer erzogen waren. In der dritten Gruppe wird über 13 Leistenschnitte bei Männern bezw. männlichen Scheinzwittern berichtet, mit Feststellung eines Uterus oder einer oder beider Tuben im Bruchsack bezw. in der Bauchhöhle. Die vierte Gruppe enthält 45 Beobachtungen, bei denen 32mal der Hermaphroditismus mit gut- bezw. bösartigen Neubildungen der Geschlechtsorgane zusammentraf. 29mal wurde hierbei der Bauchschnitt gemacht, 1mal eine Nephrolithotomie und 1mal eine Operation wegen eines Steines, der in einem Utriculus masculinus saß. Auf diese 45 Fälle kommen nicht weniger als 20 Fälle von Error sexus; 9mal blieb das Geschlecht fraglich, darunter 5mal trotz ausgeführten Bauchschnittes; in einem einzigen Falle von Salèn soll echtes Zwittertum vorgelegen haben. In der fünften Gruppe wird über Operationen berichtet, welche an den äußeren Genitalien bei Scheinzwittern vollzogen wurden, und die letzte Gruppe bringt als Anhang eine Kasuistik von Fällen, in denen Operationen zur Beseitigung peniskrotaler Hypospadien ausgeführt worden sind.

Verf., der sich mit größtem Interesse der Frage des Zwittertums gewidmet hat, bittet am Schlusse dieser Abhandlung die Fachgenossen, alle Fälle von Zwittertum möglichst mit Photographien zu seiner Kenntnis gelangen zu lassen. **Deutschländer** (Hamburg).

---

12) **Bevan.** The surgical treatment of undescended testicle.

(Vortrag auf der 54. Jahresversammlung der Amer. med. assoc.)

(Journ. of the amer. med. assoc. 1903. September 19.)

Entwicklungsgeschichtlicher Überblick über das Herabsteigen des Hodens. Für klinische Zwecke zu unterscheiden sind folgende Formen des unvollendeten Hinabsteigens und seiner Nebenerscheinungen: 1) Offengebliebener Processus vaginalis. 2) Unvollständiger Verschluß (Hydrocele funiculi). 3) Nicht herabgestiegener Hoden mit Sitz a. in der Leibeshöhle nahe der Entwicklungsstelle, b. im inneren Leistenring, c. im Leistenkanal, d. vor dem äußeren Leistenring. 4) Verlagerung des Hodens a. auf den Damm, b. in die Muskeln unterhalb des Leistenbandes. — In den meisten Fällen ist eine Operation angezeigt. Genauer ist solche gegeben durch die Gefahren und Unzuträglichkeiten: Hernien, größere Verletzlichkeit und Neigung zu Entzündung des frei in den Leistenringen liegenden Hodens, größere Neigung zu bösartiger Entartung, psychische Depressionen, die sich nicht selten bei mit Kryptorchismus Behafteten finden. Letztere Indikation lag bei B.'s Pat. oft vor. Er operiert am liebsten zwischen 6. und 12. Jahre, damit zur Pubertätszeit der Hoden an seiner richtigen Stelle liegt. Das Operationsverfahren besteht in Freilegen des Hodens, Abbinden des Bauchfelltrichters nach der Bauchhöhle, Bildung eines Processus vaginalis durch Tabaksbeutelnaht in dem Rest des den Hoden einschließenden Bauchfells und Versenkung des so versorgten Organs in eine mit dem Finger stumpf erzeugte Höhlung im Hodensack. Vorher wird sorgsam der Samenstrang freigelegt und vorsichtig gedehnt. Oft ist er stark verkürzt und gedreht, in seltenen Fällen muß ein Teil der Gefäße nach doppelter Unterbindung durchschnitten werden. Die äußere Wunde wird wie bei der Bassinioperation vernäht, nur wird der Samenstrang nicht verlagert. Die äußere Wunde soll nicht größer sein als der äußere Leistenring, insbesondere soll sie nie auf den Hodensack übergreifen. 14 Tage nach der Operation können die Pat. aufstehen.

Diskussion: Wagner-Chicago führt einen Fall von Hodengangrän durch Trauma bei Leistenhoden an, den er operierte. Bartlett-St. Louis: Das Hineinbringen nicht herabgestiegener Hoden an ihren Platz hat keinen Einfluß auf die bösartige Degeneration, sie werden von ihr ebenso leicht ergriffen, wie an ihrem früheren Platze. Er ist deshalb mehr für gänzliche Entfernung nach vollendeter Pubertät. Ochsner-Chicago: Das Lockern des Samenstranges vor Hineinbringen in den Hodensack ist sehr wichtig; unterläßt man es, so gelingt letzteres entweder nicht oder es besteht Neigung zum Zurückschlüpfen. Rodman-Philadelphia empfiehlt die Operation sowohl aus psychischen Gründen wie um die maligne Degeneration zu verhüten.

Trapp (Bückeburg).



13) F. Gangitano. Dell' ectopia del testicolo e del ...
...attamento con un nuovo processo operatorio.

(Policlinico 1903. Ser. chir. Nr. 6 u. 7.)

G. ... Pubertät, in allen Fällen von Ectopia testis, in welchen ...
vorzuneh... der Hoden nicht tiefer gerückt ist, die blutige Op...
mehreren ...nen. In den mit Hernie komplizierten Fällen ha...
kürzung ... Fällen gesehen, daß die Bassini'sche Operation ...
folg der ... und Fixation des Samenstranges herbeiführt, welch...
Mugnai ... Operation vereitelt. G. wandte daher die Met...
Wundwin... an, welcher den Leistenkanal völlig über den ...
teren mögl... ...kel herausgeleiteten Samenstrang vernäht. Um...
schnitten, ...lichst tief zu lagern, hat er die epigastrischen G...
zerrissen ... die Fasern der Fascia transversa bis zum O...
... und den Strang in die so geschaffene Lück...

E. Pagenstecher

14) Mac...ckenrodt (Berlin). Vaginale und abd...
operation...nen. Ein Beitrag zur Erweiterung...
Operationsgrenzen.

(Z... (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie ...

Ausge... ...gehend von dem Gedanken, daß ma...
Behandlun... ...ung der Myome versuchen müsse, ni...
sondern au... auch einen menstruationsfähigen Ute...
M. versuch... ...ucht, nach Größe und Sitz der ei...
stimmte G... Gruppen auch ganz bestimmte I...
Gleich Ols... Olshausen, Martin und Zweifel ...
Operatione... ...nen das Wort, aber in der Ha...
Mehrzahl d... ...l der Myome, insbesondere der ...
der vaginal... ...nalen Operation, weil diese unge...
myomotom... ...tomie und die Rekonvaleszenz a...
Konser... ...nservative Operationen wendet ...
welche in ... in der Klimax stehen. — Er ...
subserösen ... ...en Geschwülsten, bei Myom...
darüber st... stehen, bei diffusen Verwa...
bodens un... und bei Verdacht auf Ade...
Mehrzahl d... ...l der interstitiellen und s...
die Geschw... ...chwulst sich ins Becken ...
schwangere... ...eren Uterus vom 4. Mo...
Operationsw... ...onsweg der gegebene. ...
das von de... den Franzosen (Péan)...
mit Unterbi... ...erbindung der Uterinal...
Blase, hier... ...hierauf Abschneiden ...
der nun in ... in der Korpussubsta...
möglich ohn... ohne Eröffnung der ...
teil soll sic... sicher frei von My...
wundrand ... ...nd genäht, so da...

voneinander gelöst werden. Das Cavum uteri und die einzelnen leeren Myomhöhlen werden mit Jodoformgaze drainiert, desgleichen der event. eröffnete Douglas.

Diese von M. sog. »konservative zentrale Enukleation nach hoher Portioamputation« mit der von ihm gewünschten Einschränkung soll — weil ungefährlich — die frühzeitige operative Beseitigung der Myome empfehlen. Von 28 in den letzten 8 Monaten operierten Myomfällen hat M. 21 vaginal, von den letzteren 13 konservativ nach der oben geschilderten Weise operiert. Doch muß Ref. demgegenüber hervorheben, daß das Zurücklassen eines kranken Uteruskörpers mit pathologischer Schleimhaut nicht unbedenklich ist, daß ferner Myomkranke bei streng indizierter Operation von der Blutung dauernd geheilt sein wollen, endlich, daß für die zur vaginalen zentralen Enukleation geeigneten Fälle die Laparotomie viel einfacher ist und keine schlechtere Statistik gibt. Die vaginale komplizierte Operation dagegen birgt eine erhöhte Emboliegefahr in sich und bleibt wegen der Drainagenotwendigkeit unvollkommen.

Kroemer (Gießen).

---

15) **Olshausen** (Berlin). Vaginale und abdominale Myomoperationen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. L. Hft. 1.)

O. vertritt wie bekannt das konservative Vorgehen bei Myomen des Uterus, nennt aber konservativ nur das Zurücklassen des ganzen Uterus. Da die Myome in der Hauptmasse stets im Corpus uteri und nicht in der Cervix sitzen, so geht er eben nicht durch die Hintertür (d. h. per vaginam), sondern direkt durch Bauchschnitt an die Operation heran, übersieht mit einem Blick die Sachlage und bildet für jeden Fall sofort den notwendigen Operationsplan. Für subseröse Fundusmyome, für isolierte Cervixmyome bleibt die abdominale Enukleation das Idealverfahren. Die Erfahrung lehrt, daß bei vorwiegendem vaginalem Operieren ein konservatives Vorgehen schwer wird; so sind bei Wertheim unter 144 vaginalen Fällen nur 20 konservativ operiert worden, während O. seit 1901 bei 166 Myomoperationen unter Einrechnung von 15 vaginalen Operationen 90mal konservativ bleiben konnte. O. muß also gegenüber Mackenrodt hervorheben, daß das Bestreben, die Myome wirklich konservativ zu operieren, sich mit dem vaginalen Verfahren, welches stets zum Morcellement und zur Verstümmelung des Uterus zwingt, nicht vereinbaren läßt, vielmehr mit Sicherheit die Notwendigkeit der abdominalen Operation erfordert. **Kroemer** (Gießen).

---

16) **Olshausen** (Berlin). Zum Vergleich der vaginalen und abdominalen Operationsmethode bei Carcinoma uteri.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. L. Hft. 1.)

O. warnt vor der Überschätzung der an sich rationellen Bestrebungen, den krebsigen Uterus möglichst weit im Gesunden mit



Beckenbindegewebe und regionären Drüsen durch Bauchschnitt zu entfernen. — Er macht den Vertretern der abdominalen Operation den Vorwurf, ihre Erfolge zu hell, die der vaginalen Operation zu schwarz gemalt zu haben; insbesondere bedauert er, daß auf dem Kongreß zu Rom die Resultate seiner Klinik verschwiegen worden sind. Dies sei um so weniger gerechtfertigt, als gerade seine Klinik über das größte Material und die größte zeitliche Erfahrung zurückblicke und in fortlaufenden Veröffentlichungen (Krukenberg, Fränkel, O. selbst) dieselben zur Kenntnis gebracht habe. O. verfügt bei seiner vaginalen Operation zurzeit über eine Dauerheilung von 18%, berechnet auf 671 Karzinomfälle (bei 44% Operabilität und 38,55% fünfjähriger Rezidivfreiheit); die Operabilität beträgt zurzeit sogar 61,6%, also mehr als bei Wertheim. Den Erfolg, welchen Wertheim durch sein Operationsverfahren zu erreichen gedenkt: »18% absolute Dauerheilung«, hat O. also bereits mit der vaginalen Totalexstirpation erzielt. — Die abdominale Operation bevorzugt O. in vorgeschrittenen Fällen wegen der besseren Orientierung über den Harnleiterverlauf zur Vermeidung von Nebenverletzungen. Die Behauptung Mackenrodt's, daß mit dem abdominalen Radikalverfahren ¾ aller operierten Fälle heilbar seien, ist vorläufig durch nichts bewiesen.

Kroemer (Gießen).

17) **Margaret Cleaves.** Methods of Roentgen-ray treatment of malignant diseases of the uterus, rectum and bladder. With descriptions of tubes.

(*Philadelphia med. journ. 1903. April 18.*)

Es ist anzustreben, die Energiequelle der Röntgenstrahlen möglichst nahe an die erkrankte Gewebspartie zu bringen, weil bei Bestrahlung aus größerer Entfernung, sowie beim Durchdringen zahlreicher Gewebsschichten die Strahlen an Wirksamkeit verlieren und durch Erzeugung giftiger Produkte toxämische Erscheinungen hervorrufen können. Ferner besteht bei tiefliegenden bösartigen Geschwülsten die Möglichkeit, daß Karzinomzellen, die von den Strahlen nicht beeinflußt worden sind, disloziert werden und Metastasen bilden können. Aus diesen Gründen hält Verf. gerade bei Uteruskarzinom die äußere Bestrahlung für gefährlich wegen der Gefahr der Toxämie und der Metastasenbildung in Leber und Bauchfell. Sie rät, soweit als möglich die Röntgenröhre in den Schleimhauthöhlen selbst anzubringen und gibt die Beschreibung einiger für diesen Zweck nach ihren Angaben angefertigter Röhren. Dieselben sind an einer Seite stark ausgezogen und hier mit einem Wassermantel umgeben, um Verbrennungen zu vermeiden. Derartige in verschiedener Größe hergestellte Röhren sollen in den Mastdarm, in die Blase, die Scheide und auch in die Uterushöhle eingeführt werden können. Kann die Neubildung auf chirurgischem Wege entfernt werden, so soll das geschehen. Die Röntgenstrahlen-

behandlung soll aber vor und nach der Operation angewendet werden. Verf. will auch inoperable Fälle von Uteruskarzinom mit Beteiligung der Adnexe durch vaginale Applikation der Röntgenstrahlen geheilt haben, so ein Karzinom, das die ganze Rektovaginalwand zerstört hatte. **Läwen** (Leipzig).

---

18) **Johnson.** Method of retaining ends of fractured bones in apposition during fixation by plaster of Paris dressing &c.

(Annals of surgery 1903. September.)

Die besonders bei den in der Nähe der Gelenke gelegenen Brüchen empfohlene Methode besteht in folgendem. Nach Adaption der Bruchenden wird je ein mit Vaselin gut eingefetteter Bindenstreifen oberhalb der Bruchstelle, um die Bruchstelle und unterhalb der Bruchstelle um das betreffende Glied gelegt und von Assistenten unter Anwendung leichten Zuges nach oben resp. unten gehalten. Nach Umwicklung des Gliedes mit einer Flanellbinde wird dasselbe genügend gepolstert und mit Gipsbinden eingegipst. Nachdem der Gips erhärtet ist, werden die Bindenstreifen, welche die Assistenten hielten, aus dem Gips herausgezogen, was angeblich leicht von statten gehen soll, da die Streifen gut mit Vaselin eingefettet waren. Nun wird der Gipsverband noch etwas modelliert und schließlich an der Vorderseite aufgeschnitten. Ein zu weites Auseinanderklaffen des Gipsverbandes wird durch eine lose um denselben gelegte Binde verhütet. Dieses Aufschneiden hat nach Verf. den Vorzug, daß man auch bei frischen Frakturen sofort eingipsen kann, ohne sich vor einer nachträglich eintretenden Schwellung fürchten zu brauchen, da sich im Falle einer solchen Schwellung der aufgeschnittene Verband dehnen läßt. **Herhold** (Altona).

---

19) **Wendt.** Die Frakturen im unteren Humerusende im Röntgenbilde.

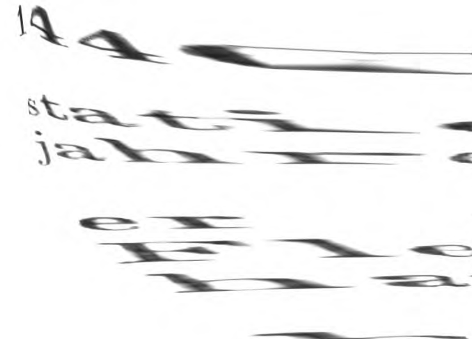
(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. VI. Hft. 5.)

Nach allen Statistiken gelten bisher die Frakturen des Ellbogengelenks — vor allem die des unteren Humerusendes — und diese wieder vorzugsweise im kindlichen Alter, als recht häufig. Nach der Statistik von Bruns fallen von 866 Humerusbrüchen 24,7% auf das untere Ende.

Im Krankenhaus Bergmannstrost bei Halle wurden in den letzten 8 Jahren 265 Oberarmbrüche beobachtet, die unter 2500 in den letzten 8 Jahren überhaupt behandelten frischen Frakturen 10,6% ausmachen. 134 dieser Frakturen betrafen das untere Ende dieses Knochens, also 50% (16% entfielen auf das obere Ende und 34% auf die Diaphyse).

Bei seiner Studie gibt zunächst W. eine eingehende Schilderung des kindlichen Ellbogengelenks und seiner Verknöcherung; er kon-





…ert, daß das Ellbogengelenk mitunter erst nach dem 17., 18. Lebens-…e völlig in seiner Verknöcherung ausgebildet sei.

Bei den suprakondylären Humerusfrakturen (51 Fälle) unterscheidet …nach Kocher zwei große Gruppen: Die Extensions- und die …xionsfrakturen. Von letzteren, die an und für sich selten sind, …t W. zwei beobachtet.

Während man früher annahm, daß der Verlauf der Frakturlinie …ei der suprakondylären Extensionsfraktur ein querer wäre und man …as noch jetzt ab und zu vom suprakondylären Querbruch liest, …weiß man seit Kocher's Untersuchung, daß der Verlauf der Frakturlinie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein schräger, von hinten oben nach vorn unten verlaufender ist. Entgegen den Beschreibungen von Gurlt, Bardenheuer u. a., die als typischen Verlauf der Frakturlinie den von hinten außen oben nach vorn innen unten bezeichneten, zeigen die in anteposteriorer Projektion aufgenommenen Röntgenbilder eine von innen oben nach außen unten verlaufende Frakturlinie, so daß die typische Bruchrichtung als von hinten innen oben nach vorn außen unten bezeichnet werden muß.

Die T- und Y-Frakturen hat W. nur selten zu beobachten Gelegenheit gehabt; die Zahl seiner Beobachtungen gibt er nicht an, abgebildet sind fünf Fälle.

Die Fraktur des Epicondylus intern. nimmt bei dem Material W.'s die zweite Stelle der Häufigkeit ein, 35,8% der Frakturen des unteren Humerusendes, während die Fraktur des Condyl. ext. in 24% der Fälle zu verzeichnen war.

80 sehr schöne Röntgenbilder illustrieren die Arbeit.

H. Wagner (Breslau).

---

20) **H. Hilgenreiner.** Zur suprakondylären Fraktur des Oberarmes.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 2.)

Verf. verwertete 21 an der Prager chirurgischen Klinik beobachtete Fälle von suprakondylärem Oberarmbruch, vor allem mit Rücksicht auf die Ergebnisse der Röntgenuntersuchung, zu einer eingehenden Besprechung der klinischen Erscheinungen, sowie der pathologischen Anatomie dieser Verletzung. Es werden die Extensionsfrakturen (13 Fälle) von den Flexionsfrakturen (8 Fälle) getrennt, die selteneren Abduktions- und Adduktionsfrakturen gleichfalls besprochen. Die Komplikationen während der Verletzung und während des Heilungsverlaufes, die Diagnose, Prognose und Therapie handelt Verf. in je einem Kapitel eingehend ab. Unter Berücksichtigung der mannigfachen Ansichten über die rationellste Therapie der suprakondylären Fraktur des Oberarmes empfiehlt er für die erste Behandlung der Extensionsfraktur die Fixation in spitzwinkliger Beugung, für diejenige der Flexionsfraktur die Fixation in mehr oder weniger vollständiger Streckstellung im Ellbogengelenk. In Verbindung mit einer vorsichtigen Massagebehandlung, beginnend

etwa 4 Wochen nach der Verletzung, wurden an der Prager Klinik mittels dieser, wesentlich auf Grund der Röntgenuntersuchung individualisierenden Behandlungsweise bessere Resultate in kürzerer Zeit erzielt als früher.

Blauel (Tübingen).

21) **Codman.** The formation of loose cartilages in the knee joint.

(Boston med. and surg. journ. 1903. Oktober 15.)

Eine Anzahl der Kniegelenkmäuse entsteht nach C.'s Ansicht durch Trauma. Durch ein solches, namentlich wenn es den inneren, von der Kniescheibe nicht geschützten Gelenkknorren trifft, werden kleine Knorpelstückchen mit einem Teile unterliegender Knochenbälkchen losgesprengt. Sie können noch längere Zeit liegen bleiben und erst später beweglich werden, entweder durch Abstoßung oder ein anderes Trauma. C. hat aus einem Knie 4 Gelenkmäuse entfernt, von denen eine noch wie durch ein Charnier mit dem Knochen zusammenhing, 2 zeigten noch ganz die Form des frisch abgesprengten Splitters. Verf. hatte sie vorher schon durch Röntgenaufnahme festgestellt, und zwar war auf die Gelenkfläche des Condylus internus eingestellt worden, was er in allen solchen Fällen zu tun rät. Da seiner Theorie nach diese Gelenkmäuse stets Knochenbälkchen enthalten, sind sie skiagraphisch immer auffindbar.

Zur Unterstützung seiner Ansicht führt C. eine Anzahl Röntgenuntersuchungen entfernter Gelenkmäuse an, die äußerlich keinen Knochen zeigten, im Innern aber einen deutlichen Knochenbälkchenbau aufwiesen. Er empfiehlt ferner bei Operation der Gelenkmäuse auf strahlenförmige Narben im Knorpel zu achten, die noch längere Zeit nach der Lossprengung sichtbar bleiben und die er selbst häufig beobachtete.

Trapp (Bückeburg).

22) **A. Imbert** et **J. Gagnière.** Des atrophiques osseuses calcaires consecutives à un traumatisme.

(Revue de chir. XXIII. ann. Nr. 6.)

Der erste, welcher auf das Eintreten des Schwindens von Kalksalzen aus verletzten Skeletteilen als Folge des Trauma die Aufmerksamkeit lenkte, war Sudek. Die Beobachtungen sind noch nicht so zahlreich, als der Wichtigkeit des Gegenstandes besonders hinsichtlich seiner Beurteilung als Folge von Unfällen zukommt. Der Kalkschwund als Zeichen der posttraumatischen Knochenatrophie tritt in zwei verschiedenen Formen zutage, von denen noch nicht sicher zu sagen ist, ob sie nur zeitliche Abstufungen des gleichen Prozesses darstellen: Das eine Mal sieht man besonders die Knochenspongiosa von dunklen Schatten fleckig durchsetzt, das andere Mal ist die Knochenstruktur gleichmäßig abgeblaßt und verschwommen. Die Darstellung dieser Verhältnisse auf Röntgenphotographien ist nicht leicht; sie verlangt möglichst gleichzeitige Aufnahme der zu



eichenden Partien auf derselben Platte, genaue Fixierung der der, Verwendung nicht zu harter Röhren. Immerhin muß der ensatz zwischen Weichteilen und Knochen genügend kräftig sein. Fokusstrahlen sind möglichst so zu richten, daß sie symmetrisch gleiche Skeletteile wirken.

Bei genauer Prüfung des vorhandenen Materials — Verff. verten über 3000 Platten, die freilich meistens nicht eigens für ihre wecke aufgenommen waren — stellt sich die Knochenatrophie mit chwund der Kalksalze nach Traumen als nicht zu häufiges Vorommnis dar; systematische Untersuchungen werden es jedoch nicht elten nachweisen. Bestimmte Gesetze ließen sich noch nicht entwickeln. Sicher werden die kurzen Knochen häufiger befallen als die röhrenförmigen. Weder das Alter der Kranken, noch der Sitz der Verletzung, noch die Heilungsdauer sind von konstantem Einfluß, abgesehen vielleicht von komplizierten, lange eiternden Frakturen.

Das früheste Eintreten der Atrophie ist von **Sudeck** mit $4^1/_2$ Wochen angegeben, meist aber dürfte sie später beginnen; sie kann jahrelang andauern. Ob die Ursache für die Entkalkungsatrophie eine allgemein trophische, wie **Sudeck** meint, auf reflektorischem Wege entstandene Störung sei, oder ob man peripherische Schädigungen im Bereich der motorischen Nerven annehmen soll — denen ja auch trophische Leistungen zukommen —, ist noch nicht zu entscheiden. Die Vorgänge sind vielleicht komplex und nicht obenhin zu erklären; vielleicht haben sie verschiedene Ursachen. Die Inaktivität kann nicht zur Erklärung herangezogen werden (es fehlt z. B. die Atrophie bei hysterischer Hemiplegie und war ausgesprochen nach zentralen Schädigungen an Gliedmaßen, die in Tätigkeit blieben). Wäre die Kalkatrophie eine rein reflektorische, sollte man das gelegentliche Übergreifen auf die andere Seite nicht vermissen.

Christel (Metz).

Kleinere Mitteilungen.

23) **S. Cullen.** A simple elektric female cystoscope.

(Bulletin of the J. Hopkins Hospital 1903. Juni.)

C. hat ein Cystoskop zur Untersuchung der weiblichen Harnblase konstruiert, das durch Einfachheit, große Lichtstärke und die Möglichkeit, an jede elektrische Leitung angeschlossen zu werden, sich auszeichnet. Außerdem besitzt es eine genaue Kontrolle, indem eine am Griff angebrachte Lampe nur brennt, wenn die Cystoskoplampe versagt. Das Nähere muß im Original nachgesehen werden.

Grosse (Kassel).

24) **L. Casper.** Photographier- und Demonstrationscystoskop.

(Ärztliche Polytechnik 1903. Nr. 8.)

Obiges neue Cystoskop hat den großen Vorteil, daß man photographiert, während man das Bild der Blase sieht, so daß man sicher ist, die Stelle zu photographieren, welche man wünscht. Erreicht wird dies durch Einschaltung eines Doppelprisma in den Tubus, wodurch die Lichtstrahlen des Bildes, analog dem schräg gestellten Spiegel in **Desormeaut's** Endoskop, rechtwinklig reflektiert

und in den entsprechenden Photographier- resp. auch Demonstrationstubus hineingeworfen, sei es von der empfindlichen Platte, sei es vom Auge eines zweiten Endoskopierenden aufgenommen werden. Drei Figuren im Original.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

25) **E. Lambotte.** Notice sur la localisation rénale par cloisonnement de la vessie.

(Bull. de l'acad. royale de méd. de belg. 1903. Nr. 6.)

Die Priorität in der Erfindung eines Harnblasenseparators scheint den Belgiern zu gehören, welche angeblich seit 13 Jahren das Verfahren erfunden und geübt haben. Man ging bei der Konstruktion von geraden Instrumenten aus, ist jedoch neuerdings zu leicht gebogenen übergegangen. L.'s Instrument ist ein Katheter à double courant, dessen Scheidewand kanalartig von vorn nach hinten durchbohrt ist; eine Sonde geht durch den Kanal in die Blase hinein und steht dort mehrere (etwa 8) Zentimeter weit vor. Zieht man sie langsam zurück, so entfaltet sich eine Kautschukmembran, welche sich in der Medianebene dichtschließend dem Boden der Blase anlegt. Nunmehr kann das Sekret jeder Niere für sich untersucht werden auf Menge, Eiweiß, Eiter, Bazillen, Tuberkulose, Zucker, Tumoren, Blutungen usw. L. bildet seinen Cloisonneur von 1890, ferner die Instrumente von Luys, Cathelin, Neumann, Schaerer, endlich sein neues Modell von 1902 ab. Das Instrument kann in Metall oder Kautschuk angefertigt werden. Es wird wie ein Katheter eingeführt und kann von jedem Arzte leicht gehandhabt werden. L. führt die einschlägige Literatur an.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

26) **Cautermann.** Note sur 3 cas de prostatectomie périnéale.

(Ann. de la soc. méd. chir. d'Anvers VII. 1902. p. 173 ff.).

C. berichtet über drei Fälle von Entfernung der Prostata, die er in Knie-Ellbogenlage mit an den Leib angezogenen Oberschenkeln ausgeführt hat nach Proust mit Querschnitt. Schnitt zweifingerbreit vor dem After. Spaltung der Pars membr. und prostatica, Exstirpation der letzteren. Naht der Harnröhre und eventuell der hinteren Blasenwand. Die Fälle betrafen Leute von 58—72 Jahren; sie heilten. Teilweise Inkontinenz bleibt eine Zeitlang zurück.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

27) **Sutherland.** Orthostatic albuminuria and movable kidney.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. August.)

S. berechnet statistisch, daß in 37,5% von orthostatischer (zyklischer) Albuminurie bei jugendlichen Individuen zugleich Wanderniere vorlag. Es werden 15 derartige Fälle zusammengestellt, in welchen 5mal beide, 10mal die rechte Niere, niemals die linke allein beweglich waren. Anderweitige Symptome: abnorme Pulsation der Aorta abdominalis, Leibschmerz usw. Dieses Zusammentreffen ist mehr als zufällig; vielleicht ist übermäßige Blutfüllung der Niere die Ursache der Lockerung des Organes, beides sind vielleicht Symptome ein- und derselben Erkrankung der vasomotorischen Zentren. **Bender** (Leipzig).

28) **H. Joung.** Über einen Fall von doppeltem Nierenbecken und Ureter bifidus. Katheterisation des gesunden Teiles. Fehldiagnose. Tod nach der Operation. (Aus dem Englischen übersetzt von Lubowski.)

(Monatsberichte für Urologie.)

Die Operation bestand in der Entfernung der anderen, total erkrankten Niere (Lithiasis). Die durch funktionelle Untersuchung als gesund befundene Niere hatte zwei Nierenbecken, das obere war von einem seinen Harnleiterast völlig verstopfenden Steine ausgefüllt. Bei der Röntgenuntersuchung war die Platte so



tief ...ngelegt worden, daß die obere erkrankte Nierenpartie nicht mit photo-
gra...iert wurde. Die untere gesunde Nierenhälfte konnte die Funktion allein
nicht ausreichend übernehmen, daher Tod an Anurie nach 2 Tagen.

Willi Hirt (Breslau).

29) v. Margulies. Über die Beziehungen der Syphilis zur Nierenchirurgie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 45.)

26jährige Pat., die mehrmals abortiert und auch andere Zeichen von Lues geboten hatte, erkrankte unter Fieber, Kopfschmerzen mit einer derben, höckrigen Geschwulst in der linken Nierengegend. Auf antiluetische Kur trat Besserung ein. Da aber wiederum eine Verschlimmerung sich zeigte, wurde die Niere operativ freigelegt. Die Nierenkapsel war sehr verdickt und hatte das Aussehen einer zwischen festen Bindegewebsschichten eingebetteten gelatinösen Masse. Es bestanden überall feste Verwachsungen mit der Umgebung. Die exzidierten Nierenstückchen boten das Bild einer chronisch fibrösen Nephritis. Von weiterer Operation wurde nach dem makroskopischen Befunde Abstand genommen. Unter weiterer Hg-Behandlung schwand zuerst das Fieber, dann die Geschwulst. Es trat völlige Heilung ein.

Borchard (Posen).

30) Luxardo. Dell' intervento chirurgico in alcune forme di nefrite.

(Gazz. degli ospedali 1903. Nr. 110.)

Verf. beweist an drei Fällen, daß bei schwer erkrankter Niere der einen Seite noch eine Operation einer entzündeten Niere der anderen Seite möglich und von Erfolg begleitet ist.

1) Im Juli 1903 wurde auf einer Seite wegen eines Streptokokkenabszesses die Nephrotomie gemacht, auf der anderen Seite wegen subakuter interstitieller Nephritis die Kapsel eröffnet und die Niere bloßgelegt. Pat. befindet sich auf dem Wege der Heilung.

2) Im Mai 1903 wurde die Nephrotomie wegen enormer Pyonephrose und die Eröffnung der Kapsel wegen subakuter parenchymatöser Nephritis gemacht. Die Pat. hat jetzt weder Eiter noch Eiweiß mehr im Urin.

3) Wegen Steinniere wurde die rechte Niere exstirpiert und auf der linken Seite die Nierenkapsel eingeschnitten.

Von fünf wegen Nephritis dolorosa operierten Pat. starben vier einige Stunden bis 15 Tage nach der Operation. Eine wegen vorgeschrittener interstitieller Nephritis operierte 27jährige Frau wurde durch linksseitige Nephrotomie geheilt. — Von hämorrhagischen Nephritisformen wurden zwei mit einseitiger Nephrotomie bezw. Nephrektomie operiert und geheilt.

Genauere Krankengeschichten mit Urinbefund usw. fehlen vollständig.

Bei neun weiteren Fällen von Wanderniere, welche operiert wurden, fehlt vielfach überhaupt eine Angabe über die etwaige Erkrankung der Niere, so daß auf dieselben nicht näher einzugehen ist.

Verf. hält auch die Doppelseitigkeit der Nierenentzündung nicht für eine Kontraindikation gegen die Operation.

Dreyer (Köln).

31) Henry. Nephropexy in a case of chronic nephritis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1903. September.)

Bei einem kräftigen, 24jährigen Manne wurde wegen doppelseitiger chronischer Nephritis (nach Malaria) die Edebohls'sche Operation ausgeführt. Die Kapsel wurde rechts bis zum Nierenbecken, links fast ebenso weit abgezogen; die Operation verlief gut. Das Resultat war äußerst ungünstig: am folgenden Tage traten andauernde unerträgliche Schmerzen in der Nierengegend auf, Zunahme des Eiweißgehaltes, Abnahme der Urinmenge; 8 Tage nach der Operation Tod durch Urämie. Die Sektion zeigte merkwürdigerweise die Nierenkapseln nicht zusammengerollt und geschrumpft, sondern dieselben hatten sich fast in ganzer Ausdehnung

der Nierenoberfläche wieder angelegt. Keinerlei neue Gefäßverbindungen zwischen Niere und umgebendem Gewebe waren zu finden. **Bender** (Leipzig).

32) **Tyson** and **Frazier**. Report of a case of decapsulation of the kidney for chronic parenchymatous nephritis.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1903. September.)

Bericht über den weiteren Verlauf des von F. operierten, bereits p. 968 referierten Falles.

Die nach Entkapselung der rechten Niere eingetretene Besserung hielt nicht an; nach Aufstehen des 9jährigen Kindes stieg der Eiweißgehalt des Urins wieder zur alten Höhe, ebenso die Menge der Zylinder. Daher 2 Monate nach der ersten Operation Entkapselung der linken Niere. Auch nach dieser Operation leichte Vermehrung der Urinmenge, starke Verminderung des Eiweißgehalts und der Zylinder. Jedoch auch hier wieder Verschlimmerung nach Aufhören der vollständigen Bettruhe. Zurzeit kein Ascites, gutes Allgemeinbefinden, also eine Besserung, aber keine Heilung.

Die gleichzeitige Operation auf beiden Seiten wird meist mit Rücksicht auf den Allgemeinzustand und die Dauer der Narkose nicht zweckmäßig sein, obwohl die Blutung aus der Nierenoberfläche nach der Entkapselung der kongestionierenden Wirkung des Anästhetikums entgegenwirkt. Die nach der Operation auftretenden histologischen Veränderungen und die Experimente Johnson's (Annals of surgery 1903) lassen den Schluß zu, daß sich durch Umwandlung des Granulationsgewebes in Bindegewebe allmählich um die Niere wieder eine feste, fibröse Kapsel bilden wird, welche wahrscheinlich bedeutend dicker als die ursprüngliche ausfallen dürfte. Auch die von Edebohls angenommene Anastomosenbildung zwischen Umgebung und Nierenoberfläche durch Neubildung von Blutgefäßen ist durch Autopsiebefunde bisher nicht bestätigt worden. Die Edebohls'sche Operation muß daher vorläufig als irrationell bezeichnet werden und kommt höchstens für Fälle von Bright'scher Krankheit in Betracht, in welchen die Prognose bezüglich einer Lebensverlängerung absolut ungünstig ist, also als ultimum refugium.

Mohr (Bielefeld).

33) **Viscontini**. Nuovo contributo alla cura chirurgica radicale del varicocele.

(Gazz. degli ospedali 1903. Nr. 107.)

Verf. hat durch eigene Untersuchungen festgestellt, daß die Klappen der im Samenstrang verlaufenden Venen auf 'der rechten Seite, bei jungen und bei schwächlichen Leuten in größerem Maße als links', im Alter und bei kräftigen Menschen vorhanden sind. Ferner konnte er durch Experimente an Hunden erweisen, daß die Unterbindung und Exzision der Vv. spermaticae zu Bindegewebswucherung im Hoden mit Atrophie und Versiegen der Spermatozoenbildung führt, während die Operation der Umkehrung der Vaginalis mit Annähen derselben am Leistenkanal nur anfangs geringe Degenerationen in den peripheren Samenkanälen veranlaßt, die nachher wieder verschwinden.

V. stellt 51 Fälle zusammen, die meist wegen vorhandener Schmerzen, seltener wegen Gefühls von Schwere usw. nach der Methode von Parona operiert sind. Die meisten Fälle sind wenigstens nach einem Monat, viele nach einem Jahre kontrolliert: der Hoden war immer frei beweglich, nie atrophisch geworden. Obwohl niemals ein Suspensorium getragen wurde, fehlten Schmerzen stets. Alle Fälle waren rezidivfrei. In denjenigen Fällen, bei denen das Venenkonvolut zu groß war, war die Vaginalis nur an den oberen Teil des Skrotum angenäht worden.

Dreyer (Köln).





S. J. Kusmin. Echinokokkus uteri.

(Chirurgie 1903. Juni. [Russisch.])

Bei der Pat. wurde nach vorzeitiger Geburt vor 5 Wochen ein Polyp aus dem us entfernt; sie kam mit einer Geschwulst, die bis 3 Finger unter den Nabel te, ins Krankenhaus. Bei der Operation fand man eine anfänglich für *ein* rom gehaltene Geschwulst, die oben links an der hinteren Gebärmutterwand . An den Ovarien je 2—3 hanfkorn- bis erbsengroße Cystchen. Amputation Uteruskörpers. Heilung. Bei Durchschneidung der entfernten Geschwulst tleerten sich unerwarteterweise 25—30 Echinokokkusblasen, erbsen- bis taubeneiroß. Bei der Operation wurden an anderen Stellen keine weiteren Blasen *gesehen*.

Gückel (Kondal, Saratow).

35) **A. F. Kablukow.** Primärer isolierter Echinokokkus des Eierstocks.

(Med. Obosrenje 1903. Nr. 9. [Russisch.])

K. entfernte einen zuerst als Ovarialcyste diagnostizierten Echinokokkus des rechten Eierstocks. Die Blase war kindskopf-, die ganze Geschwulst mannskopfgroß. Heilung. Diese Lokalisation des isolierten primären Echinokokkus ist äußerst selten: in der 299 Fälle aufweisenden Statistik der Echinokokkenkrankheit in Rußland von Nadeshdin findet sich nur ein solcher Fall von Belilowski.

Gückel (Kondal, Saratow).

36) **Meyer.** Struma ovarii colloides.

(Virchow's Archiv Bd. CLXXIII. p. 538.)

Verf. beschreibt eine von Mackenrodt bei einer 55jährigen Frau operierte seltene Eierstocksgeschwulst. Es handelte sich um eine Struma colloides, die sich von Strumen der Schilddrüse nicht unterscheiden ließ. Das Kolloid enthielt Jod. Derartige Strumen sind teratomatösen Ursprungs, was hier durch das Vorhandensein von Knochengewebe bewiesen wurde; sie sind wahrscheinlich entstanden durch bösartige Degeneration des teratomatösen hyperplastischen Schilddrüsengewebes. Die Struma ovarii colloides ist eine bösartige Neubildung.

Fertig (Göttingen).

37) **P. W. Santschenko.** Zur Frage von der posttyphösen Eiterung in Ovarialcysten.

(Russki Wratsch 1903. Nr. 30.)

Ein von Prof. Grusdew in Kasan operierter Fall. Die 28 Jahre alte Pat. überstand vor 8 Monaten einen Abdominaltyphus; seitdem fühlte sie eine Geschwulst, die rasch wuchs. Die zahlreiche Verwachsungen aufweisende Cyste wurde in toto entfernt und erwies sich als vielkammerige Cyste mit pseudomucinösem Inhalt. Die Hauptcyste enthielt 4300 ccm Eiter. Mikroskopischer Befund: Viel Zerfall, wenig weiße Blutkörperchen; in letzteren sind Typhusbazillen zu sehen. Züchtungsversuche geben Reinkulturen des Typhusbazillus. — Glatte Heilung.

In der Literatur sind nur drei ähnliche Fälle verzeichnet von Werth, Pitha und Wallgren, doch unterscheiden sie sich von S.'s Fall dadurch, daß sie alle drei Dermoidcysten betrafen.

Gückel (Kondal, Saratow).

38) **A. F. Kablukow.** Eierstocksfibrom.

(Chirurgie 1903. Juni. [Russisch.])

K. entfernte die seltene Geschwulst bei einer 52jährigen Frau mit gutem Erfolg. Das Fibrom, über 2 kg schwer, war von der Größe des Kopfes eines zehnjährigen Kindes, aus dem linken Eierstock entstanden, zeigte keine Verwachsungen und bestand aus reinem Bindegewebe (Fibroma durum).

Gückel (Kondal, Saratow).

39) **Wendel.** Über habituelle Luxationen.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 2.)

Verf. bereichert die Kasuistik der habituellen Luxationen um drei weitere Fälle aus der Küster'schen Klinik, bei denen Knochendefekte ätiologisch für das Zustandekommen der Reluxationen angeschuldigt werden müssen. Während in einem Falle von Ellbogenverrenkung ein Fremdkörper, der dem Defekte tatsächlich entsprach, gefunden wurde, mußte in einem Falle von Schulterverrenkung der Defekt, der in der Gegend des Tuberculum majus gelegen war und noch auf die überknorpelte Gelenkfläche übergriff, mit Joessel in einer Abrißfraktur des Tuberculum majus durch die Mm. supra- und infraspinatus in Beziehung gebracht werden. In dem zweiten Falle von Schulterverrenkung konnte ebenfalls kein Fremdkörper nachgewiesen werden. Die Erklärung für diesen Defekt sucht Verf. in der Möglichkeit, daß das fragliche Knochenstück nicht gleich durch das Trauma herausgesprengt, sondern nur in seiner Ernährung schwer geschädigt ist. Das in dieser Weise mit dem Knochen in Verbindung bleibende Knochenstück kann dann der Resorption anheimfallen. **Hartmann** (Kassel).

40) **J. Riedinger.** Totalluxation einer Beckenhälfte.

(Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. I. Hft. 3.)

Verf. beschreibt bei einem Kinde, das unter den an vier Ketten befestigten muldenförmigen Anhängeteil eines Möbelwagens geraten, zu Boden geworfen und überfahren war, eine Totalluxation der ganzen rechten Beckenhälfte. An der verrenkten, ja »eventrierten« Beckenhälfte ist die Facies symphyseos, die Spina anterior superior, die Facies auricularis ossis ilium, das Tuber ischiadicum usw. zu erkennen. Die Beckenhälfte läßt sich leicht reponieren. Das Kreuzbein befindet sich an normaler Stelle und ist nicht abnorm beweglich. Knochenbrüche fehlen bestimmt. Verf. nimmt an, daß das Becken infolge übermäßiger Abduktion und Extension des Oberschenkels zuerst einen Weg durch das Perineum gesucht hat. Von hier aus erweiterte sich alsdann die durch die Zerreißung gesetzte große Wundfläche nach rechts hauptsächlich über den Oberschenkel und über die Gefäße der Leistenbeuge hinaus.

Ein ähnlicher Fall, bei dem beide Beckenhälften vollständig außer Berührung geraten sind, ist bis jetzt in der Literatur noch nicht veröffentlicht.

Hartmann (Kassel).

41) **Neck** (Chemnitz). Beitrag zur Kenntnis der isolierten Frakturen des Trochanter major.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde u. Invalidenwesen 1903. Nr. 3.)

Ein 24jähriger Arbeiter war damit beschäftigt, mit einem anderen einen schweren Sack zu heben. Er machte dabei eine Drehbewegung und fühlte einen heftigen Schmerz in der linken Hüftgegend. Der Verletzte setzte seine Arbeit nicht aus, obwohl er ständig Schmerzen und häufiger bei Bewegungen ein knarrendes Geräusch fühlte. 7 Wochen nach der Verletzung fühlte man an der Außenseite des Trochanter major ein etwa zweimarkstückgroßes, scheibenförmiges Knochenstück, das sich bewegen ließ. Bei Bettruhe und Prießnitzschen Umschlägen trat stärkere Kallusbildung ein, und die nach 14 Tagen vorgenommene Inzision zum Zwecke der Naht ergab, daß das Knochenstück nicht mehr beweglich sei.

»Nach dem Hergange ist es am wahrscheinlichsten, daß bei Fixation des linken Beines in Innenrotationsstellung durch die forcierte Linksdrehung des Körpers nach dem Aufheben des Sackes die Abreißung des Knochenstückes vom Trochanter durch die sich an ihn ansetzenden Außenrotatoren des Oberschenkels (Glutaeus medius, minimus) entstanden ist.«

Verf. reiht diesen Fall den spärlichen Mitteilungen über isolierte Frakturen an und verweist auf einen ähnlichen Fall von Abreißungsbruch von Wächter. Bei einer späteren Untersuchung fand Verf., daß unter Wiederauftreten von Beschwerden eine Lockerung des Fragmentes eingetreten war. Da ein neuerliches



rauma nicht vorlag, so mußte wohl die frühere Vereinigung nicht solide genug ewesen sein.

Bähr (Hannover).

2) C. Monod. Sarcome à myéloplaxes de l'extrémité supérieur du tibia.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXIX. p. 5.)

43) P. Delbet. Luxations récidivantes de l'épaule.

(Ibid. p. 6.)

M. berichtet über einen Fall von Heilung eines Riesenzellensarkoms des Schienbeinkopfes bei einem 41jährigen Manne durch energische Ausschabung des Krankheitsherdes. Die Diagnose war gestellt auf Grund eines Skiagramms. Die die ganze obere Epiphyse der Tibia einnehmende Neubildung war nur noch von einer dünnen Schicht kompakter Knochensubstanz umgeben. Die Heilung erfolgte mit Ankylosierung des Kniegelenkes, obwohl dieses bei der Operation nicht eröffnet wurde. Es handelte sich um ein typisches Riesenzellensarkom.

D. stellt dieser Beobachtung eine andere gegenüber, welche über die richtige Beurteilung solcher Fälle zu denken gibt. Bei einem 7—8 Jahre alten Kinde, das angeblich wiederholte Verrenkungen des Schultergelenkes erlitten haben sollte, fand er das obere Ende des Humerus in eine voluminöse Geschwulst umgewandelt, während der Gelenkkopf, wie ein Skiagramm bewies, an normaler Stelle stand; nur eine dünne Knochenschicht umgab die Geschwulst. Die Mehrzahl der Mitglieder der Pariser chirurgischen Gesellschaft, welcher D. damals den Fall vorstellte, diagnostizierte ein Knochensarkom und riet zu einer radikalen Operation. Besonders bestimmt sprach sich Poncet in diesem Sinne aus und legte das Skiagramm einer von ihm operierten Geschwulst des unteren Radiusendes vor, bei welcher die mikroskopische Untersuchung ein Riesenzellensarkom ergeben hatte; beide Photographien, die von D. und die von Poncet zeigten genau das gleiche Aussehen. Nur Kirmisson, Jalaguier, Broca bezweifelten die sarkomatöse Natur der Knochengeschwulst und nahmen eine exzessive Kalluswucherung infolge einer Fraktur an.

D. wartete deshalb zunächst zu und konstatierte einige Monate später eine neue Fraktur, die bei Immobilisation gut konsolidierte. Das Kind blieb dann vollständig gesund. Es handelte sich also sicher nicht um eine bösartige Geschwulst, sondern um Kallus. Da in Poncet's Falle gleichfalls, wie in seinem, ein Trauma vorausgegangen war, nimmt er an, daß auch in diesem trotz des histologischen Befundes kein Sarkom, sondern eine Fraktur mit massigem Kallus vorgelegen habe. Der Nachweis einiger Riesenzellen in einer solchen Knochengeschwulst berechtige noch nicht zur Diagnose eines Sarkoms. — Broca und Kirmisson teilten ähnliche Fälle mit.

Reichel (Chemnitz).

44) J. C. Bloodgood. Giant cell sarcoma of bone.

(Johns Hopkins Hospital bull. 1903. Nr. 146.)

Verf. teilt einen Fall von zentralem großzelligem Rundzellensarkom des Schienbeinkopfes nebst dessen Skiagramm mit.

Therapie: Auskratzung nach Aufmeißelung und partieller Resektion der Corticalis.

Im Anschluß an diesen Fall bespricht Verf. noch 42 Fälle von Sarkom der Extremitäten und hebt hervor, daß auch bei periostalen Sarkomen die Resektion gute Resultate (Heilung bis zu 9 Jahren nach dem Eingriff) ergeben hat. Die mitgeteilten Fälle betreffen fast nur jugendliche Personen. Genaue Krankenberichte und mikroskopische Untersuchungen s. im Original.

Grosse (Kassel).

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Speyer & Peters, Spezialbuchhandlung für Medizin,

Berlin NW. 7, Unter den Linden 43,

bieten in wohlerhaltenen, garantiert vollständigen und **gut gebundenen** Exemplaren an:

Annales des malad. des org. génito-urin. Jg. 1882—1902 . . .	ℳ 925.
Archiv für Dermatologie. Bd. 1—58. 1869—1901. (1209.—)	» 750.
Archiv für Gynäkologie. Bd. 1—67. 1870—1902. (1399.40) . .	» 560.
Archiv für experim. Pathologie. Bd. 1—49. 1873—1903. (784.—)	» 675.
Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 1—33. 1880—1902. (495.—.)	» 325.
Charité-Annalen. Jg. 1—26. 1876—1902. (544.—)	» 190.
Jahrbuch f. Kinderheilkunde. N. F. Bd. 1—56. 1868—1902. (642.50)	» 410.
Journal de l'anatomie par Robin. Jg. 1-37. 1864-1901. Teilw. ungeb.	» 850.
Langenbecks Archiv. Bd. 1—68. 1860—1902. (2009.—).	» 850.
Monatshefte f. pr. Dermatologie. Bd. 1—35. 1882—1902. (581.20)	» 425.
Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gyn. Bd. 1—16. 1895—1902. (289.30)	» 210.
Pflüger's Archiv. Bd. 1—81. 1868—1900. (1830.60)	» 1800.
Revue de médecine. Jg. 1—22. 1881—1902. (fr. 440.—)	» 280.
Verhandlgn. d. Dtsch. Ges. f. Chir. 1.—30. Kongr. 1872—1901. (596.—)	» 260.
Zehenders Monatsblätter. Bd. 1—40. 1863—1902.	» 580.
Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 1—54. 1872—1900. (866.—) . .	» 470.
Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 1—48. 1877—1903. (898.—)	» 510.
Zentralblatt für Augenheilkunde. Jg. 1—25. 1877—1901 . . .	» 360.
Zentralblatt für Gynäkologie. Jg. 1—26. 1877—1902. In Mappen!	» 280.

Hermann Haertel, Breslau

Weidenstr. 33. — Gegründet 1819.

Fabrik chirurgischer Instrumente.

Operations-Zimmer-Einrichtungen.

Spezialität: **Operationstisch nach Dr. Stas**

mit drehbaren Beinhaltern (D. R. G. M.).

Man verlange Prospekt.



Original-Drahtsägen nach Dr. Gigli.

Breslauer Desinfektions-Apparate

nach Geh. Med.-Rat Prof. Flügge, Breslau.

Fig. 1. Formalin-Entwickler. Fig. 2. Ammoniak-Entwickler.

HERMANN HAERTEL Fig. 1.

HERMANN HAERTEL Fig. 2.

Gummistempel für Körperschematas

zum Einzeichnen von Krankenbefunden, speziell für Unfallgutachten geeignet.

Preiskatalog gratis und franko.

Zentralblatt
für
CHIRURGIE

herausgegeben
von

E. von Bergmann, in Berlin, **F. König,** in Berlin, **E. Richter,** in Breslau.

Dreifsigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorausszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 52. **Sonnabend, den 26. Dezember.** **1903.**

Medizinischer Anzeiger.





Gebrauchsfertiges, keimfreies



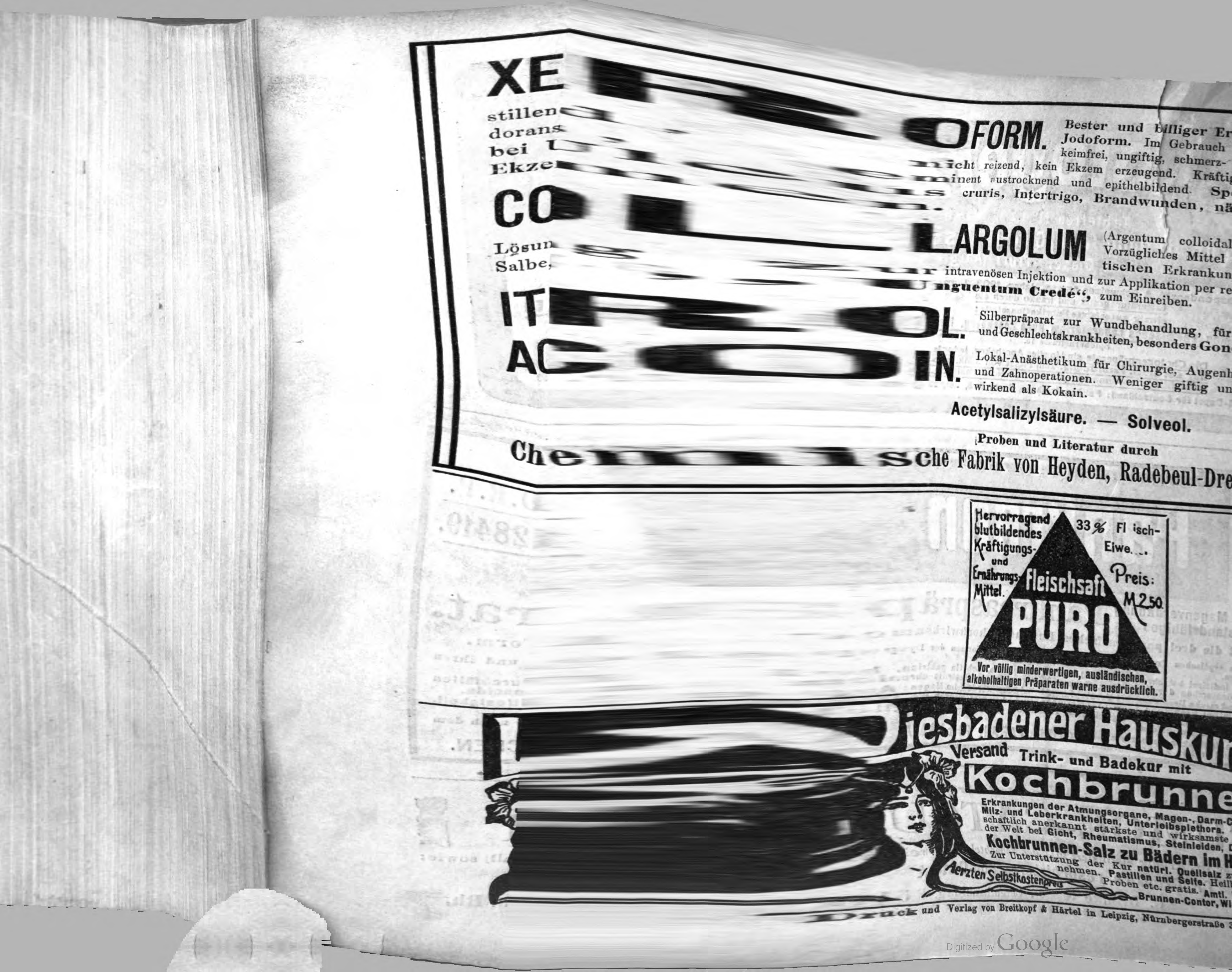
CUMOL-CATGUT



nach **Professor Dr. Krönig** sterilisiert mit der Schachtel (mit Beweismetall) sowie:

Dr. Dronke's resorbirbares Roh-Catgut

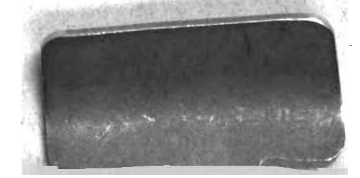
empfehlen **E. Dronke & Co.,** Catguthandlung, **Köln a. Rh.**



Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße

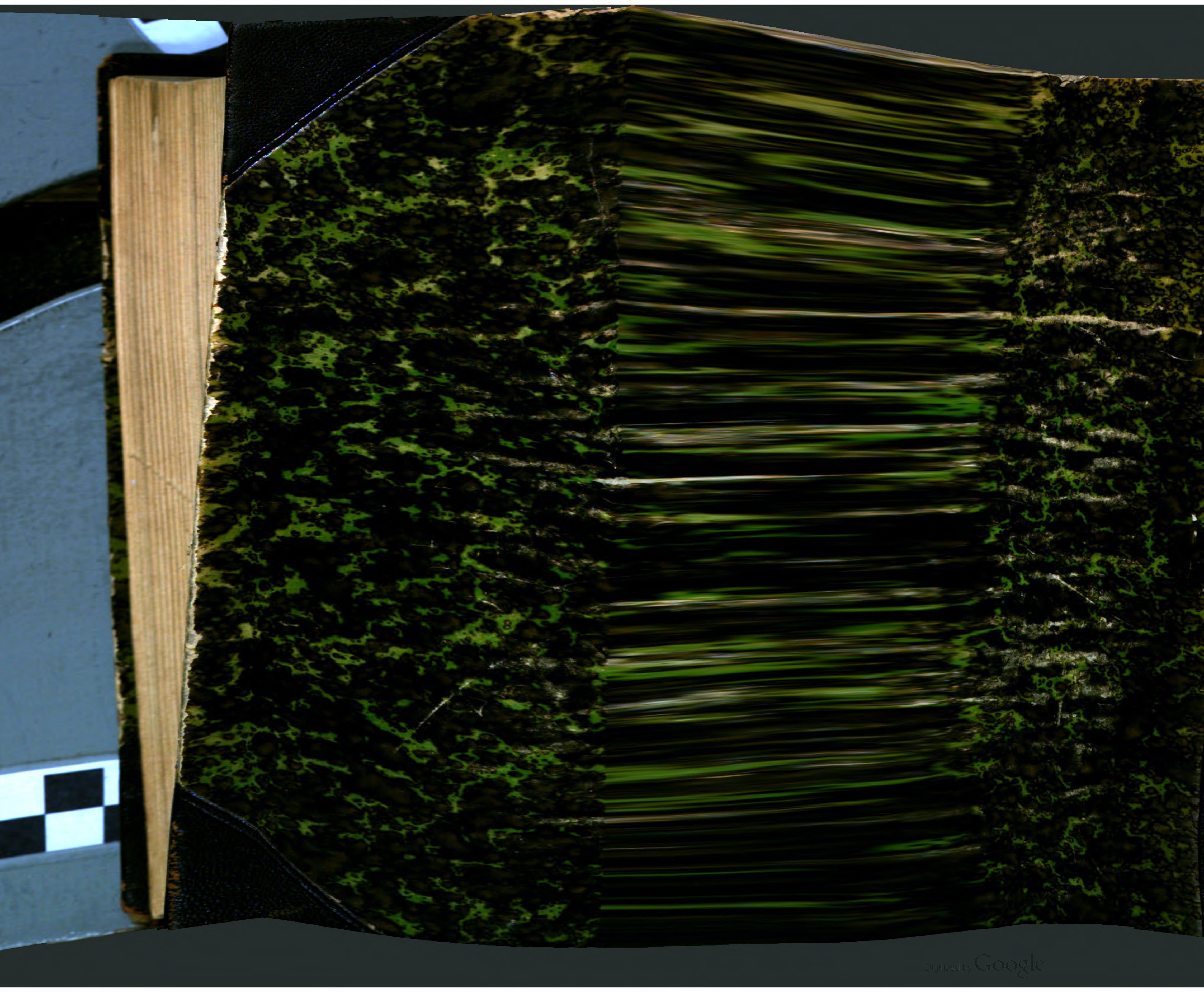



UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07582 2521








Digitized by Google